

**Ecole Doctorale 519**

*Sciences Humaines et Sociales, Perspectives Européennes*

**Laboratoire de Psychologie des Cognitions (UR4440)**

**THÈSE** présentée par

**Julie DAUL**

Soutenue le : **14 octobre 2025**

Pour obtenir le grade de : **Docteur de l'Université de Strasbourg**

Discipline (Spécialité) : **Psychologie Sociale**

**Stéréotypes, émotions et menace :  
Quand la perception sociale devient un frein au retour  
au travail après un cancer**

**THÈSE dirigée par :**

**ROHMER Odile**  
**BOUDJEMADI Valérian**

Professeure des Universités, Université de Strasbourg  
Maître de Conférences, HDR, Université de Strasbourg

**RAPPORTEURS :**

**TAILLANDIER-SCHMITT Anne**  
**BOURGUIGNON David**

Professeure des Universités, Université de Tours  
Professeur des Universités, Université de Lorraine

**AUTRES MEMBRES DU JURY :**

**POPA ROCH Maria**  
**CLEMENT-GUILLOTIN Corentin**

Maîtresse de Conférences, HDR, Université de  
Strasbourg  
Maître de Conférences, Université Côte d'Azur

---

**INVITÉE :**

**BLAISE Pascale**

Directrice, Comité du Bas-Rhin de la Ligue contre le  
cancer

*A Michel, A Gilbert, A Josette,*

## Remerciements

Alors que je viens de poser les derniers mots de ce manuscrit, je mesure que cette étape marque l'aboutissement de plusieurs années de recherche, de réflexions et d'engagement autour d'un sujet qui me tient profondément à cœur. Ce chemin, à la fois exigeant et enrichissant, n'aurait pu être mené à son terme sans l'accompagnement et l'appui de nombreuses personnes, que je souhaite ici remercier sincèrement.

A ma direction de thèse, **Odile Rohmer et Valérian Boudjemadi**, merci d'avoir pris le parti d'accompagner une doctorante en formation continue. Merci pour vos conseils avisés, vos critiques constructives et vos orientations méthodologiques qui m'ont permis de donner des fondations solides et cohérentes à ce projet de recherche. Merci pour nos points réguliers et pour avoir balisé mon chemin scientifique tout au long de ces cinq années.

A mon jury de thèse, **Anne Taillandier-Schmitt, David Bourguignon, Maria Popa Roch et Corentin Clément-Guillotin**, je souhaite exprimer ma profonde gratitude pour l'honneur que vous me faites en accordant de l'intérêt à mes recherches et en acceptant d'évaluer ce travail.

Au Comité du Bas-Rhin de la Ligue contre le cancer, merci de m'avoir fait confiance dès 2016 pour mon master en apprentissage et d'avoir réitéré cette confiance en 2020 en me soutenant dans ce pari un peu fou, celui de pouvoir apporter une contribution majeure à l'accompagnement au retour au travail après un cancer. Merci à tous mes collègues pour vos encouragements et votre soutien : **Akiko, Laurent, Pascale, Noémie, Kate, Chloé, Sandra, Camille, Hélène, Cathy, Mélanie et Sandrine**. Merci également à mes collègues des autres Comités Départementaux qui ont accepté de relayer mes études. En particulier, merci à ma collègue du siège national, **Camille Combourieu**, toujours pleine d'enthousiasme à l'idée de pouvoir faire partager de nouvelles données auprès de la communauté Lig'Entreprises engagées contre le cancer.

Au LPC qui m'a accueilli dans ses locaux et dans son équipe à part entière, alors que je n'étais physiquement présente que deux jours par semaine. Merci aux **membres titulaires** du laboratoire et

à **l'ensemble des doctorants** que j'ai côtoyés au fil de ces cinq années, anciens comme nouveaux, avec une mention spéciale pour les doctorants du « bureau du bas » ! Merci à **Thibaut** pour nos déjeuners tardifs et nos discussions vidéoludiques, à **Charlotte** pour la coorganisation de notre journée d'étude et à **Théo**, mon voisin de bureau... avant ton expatriation vers le bureau du haut.

A ma famille et à mes ami(e)s, merci pour votre patience, pour votre soutien et votre présence constante. Merci à **Pascal** et **Danielle**, Papa et Maman, pour vos petits mots d'encouragements. Merci à **Coralie** pour nos restos sans prise de tête. Merci à **Matthieu**, pour nos discussions animées sur nos thèses respectives. Si on nous avait dit en entrant en licence que nous en serions là aujourd'hui, je n'y aurais pas cru ! Merci à **Angélique**, camarade de promo, toujours présente quand j'en ai eu besoin : *Thanks Partner*. Merci à la personne avec qui je partage ma vie : **Kévin**. Merci pour ton soutien indéfectible et ta présence rassurante même lorsque je doutais (parfois très fort). Tu m'as rappelé que faire des vraies pauses n'était pas une perte de temps, mais bien un tremplin pour la suite.

À tous les **partenaires** avec qui j'ai eu la chance de travailler durant ces cinq années, aux entreprises qui se sont engagés aux côtés de la Ligue contre le cancer pour sensibiliser leurs salarié(e)s, ainsi qu'aux personnes que j'ai accompagnées dans leur reprise du travail, je souhaite vous adresser un merci tout particulier. Il y a un petit bout de chacun d'entre vous dans ce travail.

## Table des matières

Avant-propos .....	11
<b>Partie 1 - Perception sociale du cancer : entre enjeux et perspectives de retour au travail .....</b>	<b>13</b>
<b>Chapitre 1 : Le cancer, historique d'une problématique sociétale majeure en France.....</b>	<b>14</b>
1. 1. Plans cancer et stratégie décennale de lutte contre le cancer .....	15
1. 2. Les difficultés de retour au travail, les freins perçus du côté des personnes malades.....	17
1. 2. 1. Les déterminants sociodémographiques et médicaux .....	18
1. 2. 2. Les déterminants professionnels .....	19
1. 3. Du côté des employeurs : affronter les enjeux et surmonter les difficultés au retour au travail après un cancer .....	21
1. 3. 1. La méconnaissance du cancer.....	21
1. 3. 2. Ressentis affectifs liés au cancer.....	22
1. 3. 3. Sentiment d'incompétence à gérer la situation .....	23
1. 4. Conclusion du chapitre 1.....	25
<b>Chapitre 2 : Cadre théorique – réactions cognitives, émotionnelles et perception de menace face au cancer.....</b>	<b>28</b>
2. 1. Les représentations sociales .....	31
2. 1. 1. Différentes approches des représentations sociales : des points communs et des divergences .....	32
2. 1. 2. La théorie du noyau central des représentations sociales .....	34
2. 1. 3. Représentations sociales du cancer .....	36
2. 2. La perception des malades du cancer : entre révélation de la maladie, stéréotypes, émotions et comportements à leurs égards .....	39
2. 2. 1. Être malade d'un cancer et le révéler : impacts psychologiques.....	40

2. 2. 2. Stéréotypes, émotions et comportements .....	43
Stéréotypes, émotions et comportements - La perception des groupes et le modèle du contenu des stéréotypes.....	46
Les facettes des deux dimensions du jugement social. ....	51
Stéréotypes, émotions et comportements – le modèle du BIAS Map. ....	53
2. 2. 3. Une perception ambivalente des personnes malades du cancer .....	57
2. 2. 4. Responsabilité et contrôlabilité de la maladie.....	61
2. 2. 5. Conclusion .....	64
2. 3. La perception de menace .....	65
2. 3. 1. Le modèle socio-fonctionnel des préjugés .....	69
2. 3. 2. Perception de menace et cancer .....	76
2. 4. Conclusion du Chapitre 2 .....	78
<b>Partie 2 - Problématique de la thèse, objectifs de recherche et contributions empiriques .....</b>	<b>79</b>
<b>Chapitre 3 : Problématique de la thèse, objectifs et questions de recherche.....</b>	<b>80</b>
<b>Chapitre 4 : Évolution des représentations sociales du cancer chez les employeurs : entre croyances, anxiété et sentiment d’efficacité .....</b>	<b>86</b>
4. 1. Etude 1 .....	87
4. 2. Synthèse des résultats du Chapitre 4 .....	109
<b>Chapitre 5 : Comment les personnes malades du cancer sont perçues ? Entre perception de soi, perception d’autrui et attribution de responsabilité .....</b>	<b>110</b>
5. 1. Etudes pilotes .....	111
5. 1. 1. Etude pilote 1 : détermination du label pour nommer le groupe des personnes malades du cancer (EP1) .....	111

5. 1. 2. Etude pilote 2 : représentation de la fréquence des différents types de cancer (EP2)	111
5. 2. Etude 2_A et Etude 2_B.....	114
5. 3. Etude 3 : L'enjeu de la responsabilité dans la perception des différents types de cancer .	135
5. 3. 1. Objectifs et hypothèses .....	135
5. 3. 2. Méthode.....	136
Participants et design.....	136
Procédure.....	137
Mesure des croyances stéréotypées. ....	137
Mesure des émotions. ....	138
Mesure de la responsabilité. ....	138
Mesure de la familiarité.....	139
5. 3. 3. Résultats.....	139
Responsabilité.....	141
Croyances stéréotypées.....	141
Émotions. ....	141
Médiation de la responsabilité. ....	142
Familiarité.....	144
5. 3. 4. Discussion.....	145
5. 4. Synthèse des résultats du Chapitre 5 .....	148
<b>Chapitre 6 : Se sentir menacé par les personnes malades du cancer ? Atteinte à la moralité et évolution à la suite d'un programme de sensibilisation en entreprise .....</b>	<b>151</b>
6. 1. Etude pilote 3 (EP3).....	151
6. 2. Etude 4 .....	153

6. 2. 1. Objectifs et hypothèses .....	153
6. 2. 2. Méthode.....	155
Participants et design.....	155
Procédure.....	155
Matériel - Croyances stéréotypées.....	156
Matériel – Réactions émotionnelles.....	157
Matériel - Perception de menace.....	157
Matériel – Familiarité.....	158
6. 2. 3. Résultats.....	159
Croyances stéréotypées.....	160
Réactions émotionnelles.....	161
Perception de menace.....	162
Impact de la familiarité sur la perception des malades du cancer.....	164
6. 2. 4. Discussion.....	171
6. 2. 5. Limites et conclusion.....	174
6. 3. Etude 5 .....	175
6. 3. 1. Objectifs .....	175
6. 3. 2. Méthode.....	176
6. 3. 3. État des inclusions.....	178
6. 3. 4. Résultats préliminaires.....	179
6. 4. Synthèse des résultats du chapitre 6 .....	186
<b>Partie 3 - Discussion générale .....</b>	<b>187</b>
<b>Chapitre 7 : Rappel des objectifs et des principaux résultats .....</b>	<b>188</b>

7. 1. Mobiliser la psychologie sociale pour une meilleure compréhension des difficultés lors du retour au travail après un cancer .....	188
7. 2. Rappel du cadre théorique et des hypothèses .....	189
7. 3. Principaux résultats .....	193
7. 4. Apports scientifiques.....	197
7. 4. 1. Les contributions à un niveau idéologique .....	197
7. 4. 2. Les contributions à un niveau inter-individuel.....	199
Une dévalorisation de la compétence. ....	199
L'effort : une facette spécifique et essentielle de la dimension de compétence. ....	202
7. 4. 3. Les contributions à un niveau intra-individuel.....	206
Les émotions, un prédicteur clé des intentions comportementales. ....	206
Menaçant ou menacé par le fait que l'on puisse tous devenir malade ?.....	210
7. 4. 4. Un cancer ou des cancers ? Différents sous-groupes de personnes malades du cancer. ....	215
7. 5. Apports pour les partenaires de terrain.....	218
7. 5. 1. Programmes de sensibilisation au retour au travail après un cancer à destination des employeurs.....	218
7. 5. 2. Redéfinir les programmes d'accompagnements à destination des personnes malades du cancer.....	221
7. 6. Conclusion .....	224
Bibliographie .....	226

## Avant-propos

L'objectif de cette thèse est double : il s'agit, d'une part, de comprendre les mécanismes psychosociaux susceptibles de freiner le retour au travail après un cancer et, d'autre part, d'évaluer l'efficacité d'actions de sensibilisation, fondées sur des données empiriques, afin de favoriser un accompagnement adapté et de réduire les réactions de (non)soutien de la part des employeurs. Pour y répondre, nous avons adopté une approche mobilisant plusieurs modèles psychosociaux complémentaires.

Pour ce faire, ce travail est organisé en trois grandes parties, divisées en plusieurs chapitres.

La **Première Partie** de la thèse présente les fondements théoriques et conceptuels sur lesquels reposent nos travaux. Nous commencerons par examiner comment le retour au travail après un cancer est devenu une priorité sociétale majeure avant d'aborder les principaux enjeux, déterminants et freins associés, du point de vue des personnes malades, mais surtout de celui des employeurs (Chapitre 1). Nous présenterons ensuite les concepts centraux mobilisés dans cette thèse au travers des représentations sociales, du jugement social, de l'attribution de responsabilité et de la perception de menace et en nous appuyant sur quelques modèles théoriques qui en rendent compte (Chapitre 2). Le dernier chapitre de cette partie présentera notre problématique générale, en l'articulant aux questions de recherche, au cadre théorique et aux publications scientifiques issues de ce travail (Chapitre 3).

La **Deuxième Partie** rassemble l'ensemble de nos six contributions empiriques. L'Etude 1 avait pour visée de mieux comprendre les représentations sociales du cancer par les employeurs, leur influence sur leurs réactions envers les personnes malades, ainsi que les effets d'une action de sensibilisation (Chapitre 4). Dans le chapitre suivant, nous présenterons une série de trois études centrées sur le jugement social envers les malades du cancer (Chapitre 5). L'Etude 2\_A avait pour objectif de mieux comprendre la perception que les malades ont d'eux-mêmes ainsi que l'impact de la révélation de la maladie sur la perception de soi et le bien-être psychologique. L'Etude 2\_B quant à

elle, s'est intéressée à la perception des personnes malades du cancer dans la population générale en comparaison avec des personnes en bonne santé. L'Etude 3 a, quant à elle, proposé d'intégrer le rôle de l'attribution de responsabilité quant à l'apparition de la maladie sur la perception sociale. Dans le dernier chapitre de cette partie empirique, nous nous intéresserons à la perception de la menace et à son rôle dans la relation entre les croyances stéréotypées et les émotions au travers de l'Etude 4 menée auprès de la population générale et de l'Etude 5 menée auprès d'une population d'employeurs (Chapitre 6).

Enfin, la **Troisième Partie** présentera la discussion générale de l'ensemble de nos résultats obtenus et proposera des perspectives ouvertes par ce travail de recherche, aussi bien au niveau des apports scientifiques que des apports appliqués pour les partenaires de terrain (Chapitre 7).

## Partie 1 - Perception sociale du cancer : entre enjeux et perspectives de retour au travail

---

## **Chapitre 1 : Le cancer, historique d'une problématique sociétale majeure en France**

Le cancer est une maladie connue depuis l'Antiquité, dont on trouve les premières mentions dans les papyrus égyptiens. Pour autant, ce sont les écrits du médecin grec Hippocrate qui finissent par donner son nom de « cancer » à cette pathologie venant du grec « karkinos » et « karkinoma », en référence aux tumeurs en forme de crabe<sup>2</sup>.

Le cancer est caractérisé par la prolifération incontrôlée de cellules anormales dans le corps. Selon le dictionnaire Larousse, un cancer signifie « un ensemble de cellules indifférenciées qui, échappant au contrôle de l'organisme, se multiplient indéfiniment, envahissent les tissus voisins en les détruisant, et se répandent dans l'organisme en métastases ; la maladie qui en résulte.<sup>3</sup> » Il existe de nombreux types de cancer, chacun étant défini par le type de cellules dans lesquelles il se développe et son emplacement dans le corps. Longtemps le cancer a été considéré comme une maladie incurable, mais l'amélioration des traitements et les campagnes de dépistages organisées font que le taux de mortalité a diminué entre 2010 et 2018, alors que paradoxalement, entre 1990 et 2023, le nombre de nouveaux cas de cancers a doublé (INCa, 2023). Cette augmentation semble principalement liée à des évolutions démographiques et secondairement à une augmentation du risque de cancer (INCa, 2023). Les facteurs de risque de cancer incluent des éléments tels que le tabagisme, une alimentation déséquilibrée, l'exposition à des agents cancérigènes, des prédispositions génétiques et d'autres facteurs environnementaux (INCa, 2021a).

L'augmentation du nombre de diagnostics, conjuguée aux évolutions démographiques, aux transformations des modes de vie et aux progrès thérapeutiques améliorant les chances de survie, fait que plus de 3 millions de personnes vivent, aujourd'hui en France, avec un diagnostic de cancer ou sont en rémission (La Ligue nationale contre le cancer, 2018 ; Tavan et al., 2019). Pour ces

---

<sup>2</sup> <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Le-ou-les-cancers>

<sup>3</sup> <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cancer/12634>

dernières, cette situation leur permet de se projeter dans le retour à une vie normale, dans laquelle la reprise d'un travail est considérée comme essentielle pour retrouver une certaine confiance en soi et plus globalement un sentiment de normalité (Grunfeld et al., 2010 ; Stergiou-Kita et al., 2014). En France, 40% des diagnostics de cancer par an concernent des personnes en emploi<sup>4</sup> (Defossez et al., 2019).

Ce chapitre vise à explorer comment, dans le cadre général de la lutte contre le cancer, le soutien à la reprise d'un travail est devenu progressivement une priorité sociétale. Pour cela, nous examinerons notamment les différents Plans Cancer et la Stratégie décennale de lutte contre le cancer, en mettant en lumière l'intégration progressive de la question de l'accompagnement à la reprise d'un travail pour les personnes malades et les employeurs. Par employeurs, nous entendons ici toute personne au sein d'une entreprise ou d'une organisation qui exerce une fonction de responsabilité et management d'équipe ou de représentation de l'employeur (e.g., la direction des ressources humaines, la direction générale, les managers d'équipe, etc.)<sup>5</sup>. Nous aborderons également les obstacles rencontrés par les personnes malades du cancer lors de cette période, ainsi que les premiers éléments sur les défis auxquels sont confrontés les employeurs. Cet état des lieux nous permettra de constater les difficultés exprimées par ces derniers, ainsi que les pistes qui restent encore à explorer pour améliorer le retour au travail au sein des entreprises.

### **1. 1. Plans cancer et stratégie décennale de lutte contre le cancer**

Malgré une connaissance antique de cette pathologie, le cancer ne mobilise que peu d'attention au niveau sociétal et médical jusqu'au XVIIIe siècle et l'avènement de la médecine moderne (Foucault & Lacassagne, 2014). A la fin du XIXe siècle, trois découvertes accélèrent cette prise en considération : la découverte des rayons X en 1895, la radioactivité en 1896 et enfin le radium

---

<sup>4</sup> Ici, nous entendons des personnes qui sont en âge d'exercer une activité professionnelle, qu'importe leur statut (salarié, fonctionnaire, indépendant ou en recherche d'emploi).

<sup>5</sup> Nous utiliserons cette définition dans le reste du manuscrit lors de l'emploi du terme « employeur ».

en 1898 (Foucault & Lacassagne, 2014). C'est durant la Première Guerre mondiale que l'on assiste à l'émergence d'un mouvement de lutte contre le cancer impulsé par les besoins du front, un mouvement qui se pérennise et marque le début de l'implication de l'État dans cette lutte (Pinell, 2005). Néanmoins, ce n'est qu'en 1989 que le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) en oncologie médicale voit le jour, permettant de reconnaître cette spécialité (André et al., 2000). Il faudra encore attendre presque dix années supplémentaires avant de voir les personnes malades s'exprimer et témoigner à visage découvert de leurs difficultés, conduisant au Premier Plan Cancer en France.

Les Etats Généraux de la Ligue contre le cancer, organisés en 1998, ont permis aux personnes malades de témoigner de leurs difficultés quotidiennes, sociales, économiques, mais également professionnelles (Compagnon et al., 1999). Nombre d'entre elles évoquaient des difficultés de prise en charge, des annonces de diagnostics réalisées sans réel accompagnement ou encore des difficultés à reprendre un travail ou un nouvel emploi après les traitements (Briatte & Knobé, 2010). Cette réalité se retrouvait déjà dans de premières études menées dès les années 1990 dans le cadre du recrutement, où à compétences égales, un candidat spécifiant avoir été malade de cancer était significativement moins rappelé que les candidats spécifiant avoir eu une pneumonie (Bordieri et al., 1990). Pour les personnes ayant repris leur travail, elles exprimaient subir de la discrimination sur leur lieu de travail (Rothstein et al., 1995). Cette mobilisation et cet état des lieux ont permis de sensibiliser les pouvoirs publics et de mettre en œuvre le Premier Plan Cancer en France en 2003. Son objectif premier était de moderniser la politique de santé publique, en créant notamment l'Institut National du Cancer (INCa), l'instance gouvernementale chargée de l'application de la politique de lutte contre le cancer (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2003). Cette politique a été reconduite en 2009 avec le second Plan Cancer (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2009). Dans le cadre de ces deux premières politiques, la préoccupation concernant le retour au travail a été intégrée et plusieurs mesures ont concerné le soutien à la recherche d'un emploi, ainsi que le maintien et le retour au travail. Les politiques concernaient principalement des mesures à destination des personnes

malades, comme l'information par rapport aux dispositifs financés par l'AGEFIPH<sup>6</sup> ou encore sur les droits pour faciliter cette reprise (e.g., la mise en place du temps partiel thérapeutique). Cette perspective unilatérale du retour au travail a été remise en question lors du renouvellement du troisième Plan Cancer en 2014 où sont apparues des mesures à destination des employeurs comme des actions de sensibilisation ou des guides de bonnes pratiques à créer (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014). Cette perspective plurielle d'implication des malades et des employeurs s'en est trouvée réaffirmée dans la stratégie décennale de lutte contre le cancer, où des mesures conjointes sont évoquées pour ces deux acteurs majeurs du processus de retour au travail (INCa, 2021b).

Ce glissement vers cette perspective plurielle d'acteurs du processus de retour au travail s'est déroulé conjointement avec les travaux de recherche, qui depuis maintenant une quinzaine d'années se développent de manière importante (de Boer et al., 2022). En effet, nombres d'études se sont intéressées aux déterminants et freins du côté de la personne malade (Popa et al., 2020). Pour autant, de plus en plus d'études s'intéressent au rôle central de l'employeur dans ce processus, tant à ses expériences qu'à ses difficultés (Amir et al., 2010 ; Greidanus et al., 2018 ; Petersen et al., 2019 ; Porro et al., 2022 ; Stergiou-Kita et al., 2016).

## **1. 2. Les difficultés de retour au travail, les freins perçus du côté des personnes malades**

Le retour au travail est certes mieux pris en compte, mais avec une personne sur cinq qui perd son emploi cinq ans après son diagnostic de cancer, cette étape reste un parcours semé d'embûches et marqué par une multitude de difficultés (INCa, 2018). Le retour au travail après un cancer est d'ailleurs considéré comme un processus de reprise complexe, notamment à cause d'une durée d'absence importante ainsi que des séquelles à long-terme persistantes (Braspenning et al., 2018). L'issue d'une non-reprise entraîne un isolement social, des difficultés financières ou encore une

---

<sup>6</sup> Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

réduction de l'estime de soi (Feuerstein et al., 2010). En effet, les personnes malades d'un cancer ont un risque de chômage 1,4 fois plus élevé que chez les personnes n'ayant pas été diagnostiquées de cette pathologie (de Boer et al., 2009). C'est pourquoi l'étude des freins et leviers dans ce cadre représente un sujet d'intérêt grandissant au sein de la littérature (de Boer et al., 2022). En effet, un retour au travail a des effets positifs sur les personnes malades tels qu'une meilleure guérison (Hoving et al., 2009), le maintien d'un sentiment d'identité personnelle (Rasmussen & Elverdam, 2008) et de retour à une certaine normalité (Stergiou-Kita et al., 2014), ainsi qu'une amélioration du bien-être psychosocial (Chiu et al., 2023 ; Islam et al., 2014). Pour mieux comprendre ce processus, différents types de déterminants ont pu être mis en avant. Du côté de la personne malade, les travaux indiquent d'une part, des freins sociodémographiques et médicaux, et d'autre part, des facteurs professionnels (Bilodeau et al., 2023 ; Greidanus et al., 2018 ; INCa, 2018 ; Popa et al., 2020 ; Porro, Durand, et al., 2022).

### **1. 2. 1. Les déterminants sociodémographiques et médicaux**

Les déterminants sociodémographiques représentent des facteurs tels que l'âge, le statut marital, les enfants à charge, le niveau d'études ou encore les revenus du foyer. Dans le cadre du cancer, de nombreux travaux ont été menés, de manière internationale, pour mieux comprendre l'impact de ces déterminants sur la reprise du travail. Par exemple, en Corée, les femmes de plus de 40 ans restent significativement plus sur leur poste d'origine que les plus jeunes (Ahn et al., 2009). De manière générale, des difficultés plus importantes à la reprise du travail sont constatées pour les personnes après 50 ans ainsi qu'une sortie d'emploi plus importante que pour les autres catégories d'âges plus jeunes, à Taïwan, mais aussi en France (Chen et al., 2020 ; INCa, 2018). Dans un second temps, les personnes ayant un faible niveau d'études ont plus de difficultés à reprendre leur travail que les autres catégories de niveau d'études telles que les cadres par exemple (Islam et al., 2014 ; Lee et al., 2016). En effet, les patients ayant un faible niveau d'études sont plus susceptibles d'occuper des postes d'ouvriers et par conséquent de porter des charges lourdes et d'éprouver de la fatigue (Islam et al., 2014).

Le second déterminant concerne les critères médicaux et de santé tels que les traitements ou les effets secondaires. Dans ce cadre, la chimiothérapie est considérée comme l'un des principaux freins à la reprise (Islam et al., 2014), tout comme les séquelles invisibles qui s'ensuivent (Von Ah et al., 2017). En effet, la méconnaissance de ces séquelles invisibles entraîne une surestimation par l'entourage des capacités des personnes malades (Greidanus et al., 2018). Par exemple, la fatigue et les troubles cognitifs étant des séquelles invisibles et peu connues, l'entourage, notamment professionnel, peut facilement attendre de la personne malade les mêmes objectifs de performance, alors que sa capacité de travail est altérée. De plus, les différents déterminants évoqués peuvent être liés, notamment la question de l'âge et de l'avancement dans le parcours de soin. Durant les 6 premiers mois, que la personne malade soit encore en traitement ou après celui-ci, le jeune âge est un facteur facilitant de retour au travail (Molina et al., 2008). Par contre, au-delà de six mois, et a fortiori, au-delà d'un an de traitement, aucun effet significatif de l'âge n'est observé sur le retour au travail pour ces personnes (Lee et al., 2016).

### **1. 2. 2. Les déterminants professionnels**

Un aspect important pour comprendre le retour au travail se situe au niveau des freins et leviers inhérents à la sphère professionnelle. Cette catégorie renvoie tout aussi bien à des freins liés au type de poste (e.g., postes dits d'exécution vs. encadrement) ainsi qu'au type de contrat (e.g., contrat à durée déterminée vs. à durée indéterminée) qui sont des facteurs significatifs de perte d'emploi (INCa, 2018). Dans la perte d'emploi après un diagnostic de cancer, certains facteurs jouent un rôle cumulatif comme le fait d'exercer un emploi « d'exécution » et avoir un contrat à durée déterminée, auxquels s'ajoutent d'autres déterminants vus précédemment tel que l'âge avancé au diagnostic (plus de 50 ans) et un état de santé dégradé (cancers de mauvais pronostic ou encore présence de comorbidités). Ces caractéristiques sont également considérées comme défavorables pour la population générale. Néanmoins, l'impact de la maladie a pour effet de creuser encore plus ces inégalités (INCa, 2018).

Les déterminants professionnels du retour au travail, et en particulier les freins, concernent également la discrimination vécue sur le lieu de travail (Stergiou-Kita et al., 2016). En France, un salarié malade du cancer sur dix évoque avoir subi de la discrimination et des attitudes de rejet de la part des collègues de travail (INCa, 2018). La discrimination concerne tout aussi bien celle vécue sur le lieu de travail au travers du collectif, du refus d'aménagement de poste ou encore de la limitation des promotions, que celle vécue à l'embauche. La discrimination à l'embauche a un double effet : premièrement, elle entraîne des difficultés à retrouver un nouvel emploi pour les personnes malades. Deuxièmement, cette même difficulté à retrouver un emploi empêche les personnes malades subissant de la discrimination sur leur lieu de travail de se projeter ailleurs. En effet, la peur de ne pas retrouver un emploi les mène à s'enfermer dans leur lieu de travail actuel. Ainsi, ces discriminations créent de manière immédiate et à long-terme des conséquences négatives sur le retour au travail (Stergiou-Kita et al., 2016).

Cette catégorie de déterminants peut aussi renvoyer au rôle et à l'accompagnement de l'employeur durant ce processus. D'après la méta-analyse de Greidanus et al. (2018) (incluant 47 études se focalisant sur les obstacles et leviers perçus par les personnes malades dans le cadre de leur reprise du travail), quatre facteurs ont été mis en évidence comme étant des facilitateurs à cette reprise. Ceux-ci concernent (i) l'accompagnement, qu'il soit d'ordre organisationnel, financier, social ou émotionnel ; (ii) La communication qu'elle puisse être respectueuse, positive, continue et régulière même pendant l'absence et l'arrêt de travail de la personne malade ; (iii) un environnement de travail global qui soit un soutien social et stable englobant l'employeur, mais également les collègues de travail ; (iv) La perception de l'employabilité, où les séquelles invisibles masquent les difficultés rencontrées par la personne malade et altèrent leurs capacités réelles, créant un décalage entre la perception de la personne et celle de l'employeur.

En résumé, au-delà des facteurs inhérents à la personne malade, la littérature s'intéresse de plus en plus au rôle décisif des employeurs dans l'accompagnement au retour au travail (De Rijk et al.,

2020). Ils peuvent ainsi influencer de manière significative les conditions du retour en facilitant la mise en place des aménagements, modifiant les tâches à effectuer, ou encore en impulsant la ligne de conduite auprès des collègues de travail (Bilodeau et al., 2023 ; De Rijk et al., 2020 ; Tamminga et al., 2019). Pourtant, assurer ce rôle de chef d'orchestre et facilitateur de la reprise du travail est semé de difficultés pour accompagner des situations dites inhabituelles et porteuses de croyances et de représentations souvent associées à la mort (Agustina et al., 2018 ; Stergiou-Kita et al., 2016).

### **1. 3. Du côté des employeurs : affronter les enjeux et surmonter les difficultés au retour au travail après un cancer**

Avec presque 40% des cancers diagnostiqués par an en France qui concernent des personnes en emploi au moment de l'annonce de la maladie, ces situations d'absence d'une personne pour un cancer sont amenées à être de plus en plus fréquentes (Defossez et al., 2019 ; INCa, 2023). Pour autant, accompagner le retour au travail pour les employeurs n'est pas une procédure aisée. Leur positionnement particulier au sein de l'entreprise les rend différents des collègues de travail. Ils ont un double objectif, celui de faire coïncider les intérêts de la personne malade, avec ceux de la direction afin d'allier productivité et considération du collaborateur (Bilodeau et al., 2023). Trouver un équilibre dans la balance entre collaborateur et nécessités de l'entreprise fait naître un dilemme éthique auprès des employeurs qui ont besoin d'être mieux outillés pour y faire face et satisfaire les deux parties (Tiedtke et al., 2017). C'est pourquoi, les employeurs expriment des difficultés à tenir ce rôle et sont en demande d'aide pour mettre en place des dispositifs et processus d'accompagnement au retour au travail (De Rijk et al., 2020). Ces difficultés sont multiples, mais peuvent globalement être regroupées en plusieurs catégories (Berrenberg et al., 2002 ; Grunfeld et al., 2010 ; Petersen et al., 2019 ; Tamminga et al., 2019 ; Tiedtke et al., 2017).

#### **1. 3. 1. La méconnaissance du cancer**

Une première catégorie de difficultés concerne la méconnaissance du cancer et les croyances erronées à l'égard des personnes malades. Les employeurs expriment ne connaître que peu

d'éléments sur le cancer, tout aussi bien sur le parcours de soins et de rétablissement, les effets secondaires des traitements, ou encore les possibilités d'adaptation à mettre en place. Ainsi, ils expriment le besoin d'avoir une information ciblée sur ces méconnaissances et des indications d'aménagements, d'accompagnements et de prises en charge de ces situations (De Rijk et al., 2020 ; Taillandier-Schmitt & Michinov, 2015 ; Tamminga et al., 2019). La non-connaissance de ces éléments entraîne, comme évoqué auparavant, une perception erronée de la personne qui revient au travail : les tâches proposées peuvent par exemple être non réalistes par rapport aux capacités réelles des malades, se soldant par une inadaptation entre la demande et ce que peut réaliser la personne en retour au travail (Greidanus et al., 2018).

Cette méconnaissance des employeurs peut aussi se traduire par une tendance à penser que le cancer aura un impact négatif sur le retour au travail (Grunfeld et al., 2010). A l'heure actuelle, la perception du cancer est effectivement ancrée dans un champ lexical inhérent à la maladie grave, qui n'épargne personne et dont le parcours est semé de souffrances avec une issue fatale (Agustina et al., 2018 ; Marie et al., 2010). Liées au manque de connaissances, les difficultés d'accompagnement des personnes dans le retour du travail après un cancer reposent aussi sur les ressentis affectifs autour de la maladie et la peur de la mort (Marie et al., 2010 ; Stergiou-Kita et al., 2016).

### **1. 3. 2. *Ressentis affectifs liés au cancer***

De manière générale, les employeurs évoquent un sentiment de malaise et de menace vis-à-vis des personnes malades du cancer (Berrenberg et al., 2002). Parmi ces ressentis très généraux, les employeurs expriment différentes peurs : (i) celle de se sentir impuissant face à cette situation, mais également (ii) d'être mal à l'aise dans les interactions avec la personne malade, tout en ayant (iii) peur d'être montré du doigt si la réponse apportée n'est pas celle attendue par la personne concernée (Greidanus et al., 2018 ; Petersen et al., 2019 ; Stergiou-Kita et al., 2016). Au-delà de ces craintes, leur positionnement d'accompagnant du personnel implique d'avoir à gérer les émotions de la personne qui vient révéler sa maladie sur son lieu de travail, en plus des leurs qui sont suscitées à l'évocation

du cancer (Viseux et al., 2022). Ce sont notamment des émotions de peur, de ressentiment et de deuil qui en découlent. Elles peuvent être compliquées à gérer par l'employeur dans le cadre du retour au travail et vont, de fait, impacter l'accompagnement de ce même retour (Tiedtke et al., 2017).

Dans un second temps, leur préoccupation est de gérer leurs propres émotions, au risque de ne pas avoir la ressource nécessaire pour le faire (Tiedtke et al., 2017). Cette appréhension de ne pas gérer ses propres émotions peut mener à un manque d'empathie où les employeurs peuvent avoir des réactions inappropriées, non soutenantes ou encore inquiétantes, qui influencent négativement le retour au travail (Robinson et al., 2015 ; Tiedtke et al., 2017 ; Viseux et al., 2022), alors qu'offrir un soutien émotionnel adapté est un facteur d'amélioration de ce même retour (Porro, Tamminga, et al., 2022). Ainsi, croyances erronées et craintes liées au retour de la personne malade entraînent un sentiment d'incompétence des employeurs pour gérer ces situations non familières (Greidanus et al., 2018 ; Tamminga et al., 2019 ; Viseux et al., 2022).

### ***1. 3. 3. Sentiment d'incompétence à gérer la situation***

Les employeurs expriment le fait d'être totalement démunis et d'avoir besoin d'être accompagnés pour monter en compétence dans la gestion de ces situations dites non familières. Toutefois, les employeurs ont peu accès à l'information, aux ressources ou encore à la formation pour monter en compétence dans ce domaine (Islam et al., 2014 ; Tiedtke et al., 2014), alors que la littérature met en évidence le fait que ce sentiment d'incompétence risque d'augmenter la perception des difficultés liées au retour au travail des personnes malades après un cancer (Petersen et al., 2019). La compétence en communication est identifiée comme centrale, car le fait de pouvoir maintenir le lien pendant l'absence et communiquer sans pression avec la personne malade sont perçus positivement (Caron et al., 2018). Pourtant, en l'absence d'accompagnement, de politiques ou de lignes directrices concernant le retour au travail, l'implication des employeurs est sujette à des biais fondés sur le niveau de proximité avec la personne malade concernée et son bon vouloir à mettre en place des dispositifs comme maintenir le lien par exemple (Popa et al., 2020 ; Tiedtke et al., 2012).

Cette absence de guides se retrouve également à un niveau plus structurel, par exemple peu de pays proposent à l'heure actuelle des politiques de retour au travail après un cancer. Néanmoins, de telles pratiques permettent de réduire la stigmatisation à l'égard de la maladie : celles-ci permettent de rééquilibrer l'implication des employeurs, en affichant des priorités nationales tout en éduquant sur les phénomènes de stigmatisation (Kiasuwa Mbengi et al., 2018 ; Popa et al., 2020). Certains pays, comme les Pays-Bas ou encore l'Allemagne, spécifient le rôle et les responsabilités d'un employeur dans le cadre du retour au travail, qu'importe la pathologie (Tiedtke et al., 2017). En Allemagne par exemple, les employeurs sont dans l'obligation de prendre des mesures facilitant la reprise, au bout de six semaines d'arrêt de travail, pour l'un de leurs employés (Hege & Dufour, 2010). En France, depuis la loi du 2 août 2021 visant à renforcer la prévention en santé au travail, les employeurs doivent informer tous leurs salariés en arrêt de travail depuis 30 jours de la possibilité d'obtenir un rendez-vous de liaison. Ce rendez-vous, qui n'est pas un rendez-vous médical, a pour objectif de maintenir un lien avec le salarié pendant son arrêt de travail et d'informer sur les actions de prévention de la désinsertion professionnelle, d'une visite de pré-reprise, et de mesures d'aménagement du poste et/ou du temps de travail (LOI n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, 2021). Seule l'information par l'employeur de ce dispositif est obligatoire et non la visite en tant que telle, ce qui le différencie d'autres initiatives.

Depuis quelques années, de plus en plus de programmes proposent de mieux cerner les difficultés des employeurs en proposant des modèles et interventions avec une approche holistique (Greidanus et al., 2020 ; Porro et al., 2022). Parmi ceux-ci, nous pouvons citer plusieurs exemples. Le premier concerne le projet REWORK-BC (Porro et al., 2022) dont l'objectif était de proposer un modèle conceptuel global du retour au travail après un cancer du sein, en identifiant les déterminants clés pour un processus réussi. Trente et un déterminants ont été retenus par un consensus d'experts. Ceux-ci concernaient des éléments liés à la personne malade, tels que ses ressources individuelles (e.g., ses capacités physiques et psychologiques), mais intégraient également des éléments liés au contexte de travail (e.g., le soutien social perçu du manager) ou encore les marges de manœuvre

envisageables pour aménager l'activité. Le second concerne le projet MiLES, portée par une équipe de recherche danoise, qui est une intervention en ligne ayant pour objectif de former les employeurs, afin qu'ils puissent prendre les mesures managériales nécessaires, apporter un soutien pratique et émotionnel et mieux communiquer avec leurs salariés leur permettant de mieux gérer le retour au travail dans le cadre d'un cancer (Greidanus et al., 2020). Cette intervention s'est basée sur une étude princeps de l'équipe mettant en lumière les axes prioritaires à déployer pour les employeurs et dont le développement d'interventions à leur intention faisait partie (Greidanus et al., 2019). Cette intervention sous forme d'un site web, permet aux employeurs d'obtenir des informations, outils, procédures, vidéos et scripts de conversation pour apprendre à mieux communiquer avec le salarié malade durant différentes phases (la révélation de la maladie, la période de traitement, la planification du retour et le retour effectif).

En ne se focalisant plus uniquement sur des déterminants inhérents à la personne malade, mais en considérant la globalité du parcours et des partenaires, de telles approches présente l'atout de vouloir mieux identifier les différents prédicteurs du retour au travail afin d'apporter des solutions (outils et interventions) permettant de lever ces difficultés.

#### **1. 4. Conclusion du chapitre 1**

Avec près de 40% des cancers diagnostiqués par an en France qui concernent des personnes en emploi (Defossez et al., 2019), les enjeux de la reprise du travail après un cancer sont devenus cruciaux. Ce retour à la vie active est essentiel non seulement pour la stabilité financière des individus, mais aussi pour leur rétablissement psychologique et social. Pourtant, les défis restent nombreux et ce retour est semé d'obstacles, notamment liées aux séquelles invisibles et aux discriminations. Les employeurs, rôle clef dans ce processus, sont souvent démunis et font part de difficultés face à ces situations. Face aux croyances erronées et aux craintes de ne pas être à la hauteur face à cette situation, des propositions d'interventions à l'intention des employeurs se sont multipliées. L'étude que nous avons réalisé dans le **Chapitre 4** s'inscrit dans cette perspective (Daul et al., 2024). Basée sur

les principales difficultés évoquées par les employeurs, nous avons développé et évalué un programme de sensibilisation des employeurs.

Même avec le développement d'interventions, rares sont les études qui utilisent des modèles théoriques de la psychologie sociale pour comprendre l'origine des difficultés exprimées par les employeurs et améliorer le processus de retour au travail (Martinez et al., 2016). Pourtant, les difficultés des employeurs, exposées dans ce chapitre peuvent faire sens pour des chercheurs en psychologie sociale s'intéressant à la perception sociale des minorités (voir par exemple, Boudjemadi et al., 2023 ; Rohmer et al., 2022). D'une part, les croyances des employeurs peuvent être étudiées à travers les stéréotypes (pour une revue récente, Abele et al., 2021) ; d'autre part, les peurs et des difficultés d'interaction avec les personnes malades exprimés par les employeurs peuvent être étudiés à travers les conséquences émotionnelles et comportementales des stéréotypes (Cuddy et al., 2007). Enfin, la perception de menace véhiculée par la maladie pourrait intervenir dans cette chaîne de réactions indésirables (Aubé et al., 2022 ; Stephan et al., 2009). Ces concepts peuvent donc utilement être mobilisés pour mieux comprendre les difficultés propres aux personnes malades du cancer, comme ils ont récemment été mobilisés pour d'autres populations vulnérables telles que les personnes en situation de handicap par exemple (e.g., Aubé et al., 2022 ; Granjon et al., 2023 ; Rohmer et al., 2022 ; Sadler et al., 2015).

Afin de structurer l'analyse de ces mécanismes psychosociaux susceptibles d'être impliqués dans les difficultés de retour au travail après un cancer, nous nous appuyons sur une approche multi-niveaux fondée sur le modèle des niveaux d'analyse de Doise (1982). Ce cadre théorique distingue quatre niveaux d'explication complémentaires, permettant d'articuler les dynamiques individuelles, interindividuelles, positionnelles et idéologiques. Le *premier*, le niveau idéologique, se rapporte aux systèmes de valeurs et de représentations sociales partagées, comme celles concernant l'objet « cancer ». Le *second*, le niveau positionnel, bien que non directement mobilisé dans notre étude, prend en compte les rapports sociaux différenciés selon les rôles, statuts ou positions hiérarchiques

des individus dans un cadre organisationnel. Le *troisième*, le niveau inter-individuel, renvoie aux dynamiques relationnelles au travers des croyances stéréotypées et de l'attribution de responsabilité qui influencent les interactions avec autrui. *Enfin*, le niveau intra-individuel concerne les processus cognitifs, affectifs ou motivationnels propres à l'individu. Dans notre travail, il inclut notamment la perception de menace et les réactions émotionnelles, en tant que déterminants individuels pouvant influencer les attitudes à l'égard des personnes malades.

Ici, nous explorons principalement trois niveaux d'analyse (idéologique, inter-individuel et intra-individuel). Ce cadre conceptuel offre une lecture articulée des différents facteurs psychosociaux, permettant d'appréhender les réactions, telles que les comportements de (non)soutien dans le contexte du retour au travail après un cancer. La vocation du **Chapitre 2** est de présenter ces différentes variables clés afin d'introduire les travaux réalisés dans les **Chapitres 4, 5 et 6** de la partie empirique.

## **Chapitre 2 : Cadre théorique – réactions cognitives, émotionnelles et perception de menace face au cancer**

Le cancer est associé à un nombre important de croyances et réactions qui compliquent l'inclusion des personnes malades, notamment dans la vie professionnelle. En effet, différentes enquêtes d'opinions ont été réalisées en France afin de mieux cerner la perception des Français à l'égard de la maladie au travers des Baromètres cancer (Amsellem et al., 2005 ; Beck & Gautier, 2012 ; Foucaud et al., 2015 ; Institut national du cancer & Santé publique France, 2023). Les Baromètres cancer sont des enquêtes d'opinions menées tous les cinq ans depuis 2005, dont l'objectif est d'appréhender les croyances, perceptions, connaissances, opinions et comportements de la population française sur les cancers, leurs facteurs de risque, le dépistage et les moyens de prévention. Lorsque l'on s'intéresse à la perception des Français sur cette pathologie, le cancer est associé globalement à sept champs lexicaux tels que (1) le médical (« maladie, localisation ») ; (2) la sévérité et la mortalité (« mort ») ; (3) les traitements (« effets secondaires ») ; (4) les émotions négatives et la personnalisation (« peur ») ; (5) les causes perçues (« fatalité ») ; (6) l'espoir (« guérison ») et (7) les expériences familiales et sociales (« enjeu de société »). Cette perception évolue peu au fil des années, c'est-à-dire que ces champs lexicaux sont stables et ré-évoqués en fonction des différents Baromètres cancer, mais leur ordre d'importance peut varier. Par exemple, la catégorie des traitements et effets secondaires, évoquée en deuxième dans l'ordre d'importance en 2010, n'est évoquée qu'en troisième en 2015 et en quatrième en 2021. En 2021, neuf enquêtés sur dix considéraient qu'une personne malade du cancer peut être guérie, expliquant que le champ lexical autour de l'espoir soit évoqué plus rapidement (5<sup>e</sup> catégorie en 2021). Cependant, les thématiques inhérentes au médical, à la mort, aux émotions négatives et aux traitements restent plus évoqués dans le discours que l'espoir (Institut national du cancer & Santé publique France, 2023). Le Tableau 1 reprend les catégories principales selon leur rapidité d'évocation dans le discours des enquêtés en fonction des années. Que ce soit en 2005 ou en 2015, les Français estimaient que le cancer était la maladie la plus grave devant le SIDA et les maladies cardiovasculaires. De manière générale, les

opinions concernant l'impact social, telles que les conséquences familiales ou amicales, sont davantage mises en avant. En 2021, 62.1% des participants considéraient que l'on n'est plus capable de travailler comme avant suite à un cancer (vs. 56% en 2015 vs. 57% en 2010) et 48.7% considéraient que le cancer était une source d'isolement et de mise à l'écart (vs. 51% en 2015 vs. 47.7% en 2010).

**Tableau 1.**

*Les principales catégories associées au mot « cancer » classées selon leur ordre d'importance (de la plus importante - terme évoqué en premier dans le discours, catégorie 1, à la moins importante – terme évoqué en dernier dans le discours, catégorie 7) en fonction des Baromètres cancer en France entre 2010 et 2021.*

	Baromètre cancer 2010	Baromètre cancer 2015	Baromètre cancer 2021
Catégorie 1	Mort	Médical	Médical
Catégorie 2	Traitements et effets secondaires	Sévérité et mortalité	Sévérité et mortalité
Catégorie 3	Maladie	Traitements	Les émotions négatives et la personnalisation
Catégorie 4	Localisation	Les émotions négatives et la personnalisation	Traitements
Catégorie 5	Gravité	Les causes perçues	L'espoir
Catégorie 6	Souffrance	L'espoir	Les causes perçues
Catégorie 7	-	Les expériences familiales et sociales	Les expériences familiales et sociales

En résumé, ces enquêtes d'opinions indiquent que le cancer éveille toujours un certain degré d'inconfort. Elles montrent aussi que le grand public prend en compte les conséquences sociales de la

maladie avec l'évocation de la mise à l'écart de la vie sociale et professionnelle des personnes concernées. Au-delà de ces enquêtes d'opinions, un certain nombre de travaux attestent d'attitudes négatives envers les personnes malades du cancer. En effet, deux études utilisant le même questionnaire de réactions à l'égard du cancer, développé par Cho et al. (2013), ont permis d'étudier les attitudes en Corée du Sud et en Iran (Badihian et al., 2017 ; Kye et al., 2020). Les participants se disent mal à l'aise à l'idée d'être face à une personne malade du cancer (e.g., prévalence de la gêne : 40.4% en Corée ; Kye et al. 2020). En termes de vie sociale, les participants expriment ne pas vouloir se marier avec des personnes qui ont dans leur entourage familial des malades du cancer (e.g., prévalence de l'opposition au mariage : 63.2% en Corée ; Kye et al., 2020). Enfin, au niveau de la vie professionnelle, ils estiment que la capacité de travail des malades du cancer est diminuée, même si les traitements ont fonctionné (e.g., prévalence de la perception de perte de capacité de travail : 37.1% en Iran ; Badihian et al., 2017). L'ensemble des données présentées jusqu'ici permettent d'appréhender la perception des personnes malades du cancer, en France et dans d'autres pays, mais elles ne nous renseignent que partiellement sur les mécanismes qui les sous-tendent. Pour mieux comprendre les origines de cette perception, ainsi que les implications qu'elle peut avoir sur le comportement à l'égard des personnes malades, il est nécessaire de mobiliser des cadres théoriques explicatifs relevant de la psychologie sociale. C'est dans cette perspective que s'inscrit le présent travail de thèse.

L'ambition de ce travail de thèse est d'éclairer les mécanismes psychosociaux à l'œuvre dans les difficultés d'inclusion que rencontrent les personnes atteintes d'un cancer. Cette thèse analyse les réactions éveillées par le cancer à travers l'étude de la représentation sociale du cancer, puis celle de la perception sociale des personnes malades du cancer. La perception sociale s'appuiera sur la mesure des stéréotypes, des émotions et des ressentis de menace qui sont associés aux personnes malades du cancer (pour une approche équivalente, voir par exemple Aubé et al., 2022). Représentation, stéréotypes et réactions émotionnelles sont trois processus interconnectés, où la représentation sociale apparaît comme un niveau supra-catégoriel déterminant dans l'élaboration des processus

cognitifs et affectifs (Berjot et al., 2020 ; Mannoni, 2012). Se focaliser sur la mise en évidence de la représentation sociale du cancer et sur la perception sociale des personnes malades du cancer nous apparaît comme deux étapes nécessaires pour comprendre les freins à la reprise d'un travail, et in fine pouvoir mieux accompagner cette reprise après un cancer que ce soit du côté des personnes malades ou des employeurs.

## **2. 1. Les représentations sociales**

Lorsque le mot « cancer » est prononcé au détour d'une conversation ou encore d'un échange, un certain nombre de mots, d'associations et d'images nous viennent très spontanément à l'esprit, et ceci de manière incontrôlée. Ces éléments vont guider notre manière de percevoir la réalité, ici le cancer, et de pouvoir adapter nos comportements en conséquence. Les études existantes indiquent que le cancer est perçu plus négativement que d'autres maladies telles que le diabète ou les affections cardiaques (Aiello Bowles et al., 2008 ; Simon et al., 2011). En effet, Simon et al. (2011) s'intéressent, dans leur étude, à la manière dont les médecins spécialistes en cancérologie perçoivent les attitudes du grand public à l'égard du cancer. Au travers de 21 entretiens semi-structurés, quatre thèmes sont abordés tels que les croyances erronées véhiculées auprès du grand public, les connaissances du grand public à propos du cancer, les difficultés de communication des patients sur leur pathologie et les informations sur le cancer qui seraient intéressantes à diffuser auprès du grand public. Les auteurs montrent des récurrences dans ce que rapportent les spécialistes en cancérologie et notamment, ils évoquent une persistance de croyances fatalistes, de peur et de gravité à l'égard du cancer dans le discours naïf. Ces croyances sont plus négatives à l'égard de la pathologie cancer qu'à l'égard d'autres pathologies qui ont le même pronostic vital. D'après ces spécialistes, ces mêmes croyances fatalistes peuvent mener à des comportements dits non-protecteurs. Un exemple de ces comportements non-protecteurs réside dans la non-participation aux campagnes de dépistages organisés. Les individus ne participent pas à ces campagnes (alors qu'ils sont dans la population cible concernée) majoritairement par peur d'être diagnostiqués, ce qui risque d'entraîner un diagnostic plus tardif et donc une moindre qualité de soins. Une tradition de recherche en psychologie sociale

permet d'interroger directement ces croyances naïves. Un champ théorique a largement été mis à l'épreuve pour analyser ces images consensuelles à l'égard d'un objet et leurs conséquences comportementales. Ce champ est celui des représentations sociales.

### **2. 1. 1. *Différentes approches des représentations sociales : des points communs et des divergences***

Le champ des représentations sociales a émergé grâce aux travaux de Moscovici (1961) et reste à l'heure actuelle une perspective de recherche dynamique qui a su se diversifier en termes de modèles et de méthodes. Au travers de cette perspective dynamique et évolutive, il n'est pas aisé de donner une définition unique des représentations sociales. Pourtant, les différentes définitions englobent trois éléments incontournables : la notion d'objet, le partage du contenu des représentations sociales et l'appartenance des individus à un groupe (pour une revue récente, Gaymard, 2021). Ainsi, les représentations sociales se construisent en référence à un objet pour mieux comprendre la réalité, mais tout objet n'est pas forcément un objet de représentations sociales. Théoriquement, un objet de représentations sociales peut tout aussi bien être humain, social, matériel ou idéal, mais en pratique, les objets de représentations sociales sont plutôt orientés vers des concepts abstraits (Jodelet, 1989). Toutefois, deux conditions doivent être réunies pour qu'un objet soit un objet de représentations sociales. Dans un premier temps, l'objet doit refléter un concept général et abstrait devant être source d'échanges et de communications au sein d'un même groupe. Dans un second temps, des pratiques et comportements communs au sein du groupe doivent se rapporter à ce même objet (Flament & Rouquette, 2003). Les auteurs donnent l'exemple du concept d'« hygiène » qui est un objet de représentations sociales. L'« hygiène » est un concept généraliste, contrairement au « dentifrice » par exemple. Il est source de discussion au sein de différents groupes (e.g., professionnels hospitaliers, dentistes) et peut permettre de comprendre pourquoi certains comportements émergent (e.g., expliquer les comportements de non-application des protocoles d'hygiène au sein des hôpitaux, voir Salès-Wuillemin et al., 2009). Le cancer semble donc remplir ces conditions : c'est un concept abstrait auquel différents groupes sociaux sont confrontés et qui peut expliquer certains comportements émergeant (Marie et al., 2010).

À ce jour, quatre approches théoriques majeures des représentations sociales sont distinguées, chacune mettant en lumière une facette spécifique du concept fondateur proposé par Moscovici (pour une revue Gaymard, 2021 ; Moliner & Guimelli, 2015). La *première* approche est le modèle sociogénétique, considéré comme l'approche fondatrice proposée par Moscovici (1961). Elle met l'accent sur les conditions et processus impliqués dans l'émergence des représentations (sur le développement et les modifications des représentations, les interactions entre plusieurs représentations et la circulation des représentations dans la société). Cette approche pose les bases de deux processus majeurs qui sont à l'œuvre dans l'élaboration de nouvelles représentations sociales. Le premier concerne le processus d'objectivation qui renvoie au fait que grâce à la communication, les éléments constituant l'objet vont être simplifiés, imagés et schématisés afin de créer les représentations. Le second processus concerne l'ancrage et rend compte de la manière dont ces nouvelles représentations vont s'insérer dans le système de pensées des individus et des groupes. La méthodologie utilisée ici est plurielle, mais une grande importance est accordée à l'approche qualitative (e.g., entretiens libres, analyses documentaires). La *deuxième* approche concerne le modèle socio-dynamique de Doise et Palmonari (1986) qui met l'accent sur le fait que les représentations fonctionnent comme des principes organisateurs communs, à partir desquels découlent des réponses différenciées selon les individus au sein d'un même groupe. Cette approche s'intéresse notamment aux représentations sociales dans les réalités collectives et intergroupes. La méthodologie est multivariée et combine un ancrage en psychologie sociale (e.g., l'analyse en composante principale pour définir quelles variables recueillent des données d'accord ou de désaccord comparables) et sociologique (e.g., l'analyse de segmentation). La *troisième* approche repose sur le modèle dialogique de Marková (2000) et se focalise sur le rôle du langage et de la communication dans l'élaboration, la stabilisation ou la contestation des représentations. Ce modèle reste encore être peu utilisé et exploité à l'heure actuelle. La *dernière* approche est la théorie du noyau central d'Abrie (1994a) qui s'intéresse plutôt au contenu des représentations, à leur articulation et à leur évolution. Elle met l'accent aussi sur le lien avec les comportements adoptés comme résultant

des représentations. Cette approche utilise principalement les techniques d'associations verbales et d'analyses des similitudes afin de faire émerger les éléments centraux des représentations ainsi que les éléments périphériques.

Dans la mesure où à l'heure actuelle, la théorie du noyau central apparaît comme un outil conceptuel efficace pour l'étude structurée du contenu des représentations sociales (Moliner & Guimelli, 2015), et dans la mesure où elle permet d'établir un lien explicite entre les composantes des représentations et les tendances comportementales qui en découlent, nous avons choisi d'adopter cette approche dans le cadre du présent travail de thèse. Elle présente notamment l'intérêt de distinguer, au sein de toutes représentations, un système central (formé d'éléments stables, consensuels et normatifs) et un système périphérique (plus flexible et sensible aux contextes). Cette distinction permet de rendre compte simultanément de la stabilité des représentations et de leur capacité d'ajustement face aux situations concrètes. En ce sens, cette approche offre un cadre particulièrement pertinent pour l'étude des dynamiques psychosociales impliquées dans les processus d'exclusion ou d'accompagnement au retour au travail des personnes malades du cancer.

### **2. 1. 2. La théorie du noyau central des représentations sociales**

Afin de définir les représentations sociales, Flament et Rouquette (2003) proposent que les représentations sociales soient un ensemble d'éléments cognitifs interconnectés (croyances, connaissances et ressentis affectifs) organisés sous la forme d'un système de pensées, au sujet d'un objet en particulier au sein d'un groupe déterminé. Les représentations sociales sont qualifiées de savoir « naïf », car les éléments qui les constituent n'ont pas vocation à être vrais, objectifs ou encore scientifiques, mais bien à représenter « une réalité de sens commun » (Abric, 1994a). Cette réalité de sens commun représente ce que les gens pensent connaître et savoir à propos d'objets. En effet, les représentations sociales sont un processus d'appropriation de la réalité, de reconstruction de cette réalité dans un système symbolique intériorisé : elles représentent le reflet de la réalité du groupe à un moment donné et non pas la réalité objective (Abric, 2003a). Ces connaissances de sens commun

sont importantes au quotidien puisqu'elles remplissent diverses fonctions. La première concerne la fonction de *savoir* : les individus cherchent à comprendre la réalité extérieure et construisent cette compréhension au travers de la communication, des échanges et des questions au sein du groupe. La deuxième fonction est *identitaire* : cette réalité est élaborée et socialement partagée par un même groupe. La troisième fonction concerne le *guidage* et permet aux individus d'orienter leurs comportements, d'agir en fonction de ces représentations. Enfin, la dernière fonction représente *la justification* qui permet d'expliquer *a posteriori* des comportements et des prises de position que les individus ont pu avoir à l'encontre de cet objet (Abric, 1994a).

Les représentations sociales sont organisées en deux systèmes complémentaires (Abric, 1994b). Le **premier**, le système central (ou noyau central) est constitué d'éléments liés à la mémoire collective du groupe et fait consensus. Ce système est stable, cohérent, particulièrement résistant au changement et peu sensible au contexte. Il permet d'unifier, de donner du sens aux représentations et de les rendre normatives au sein du groupe (faire qu'elles soient partagées) ou de les différencier par rapport aux autres (Abric, 2003b). Ce noyau central est composé de peu d'éléments (deux à six éléments, Flament & Rouquette, 2003). Il représente ainsi les éléments qui sont évoqués fréquemment (i.e., évoqués en grande majorité par le groupe) et de manière importante (i.e., rapidement évoqués dans le discours) par les individus d'un même groupe. Ce sont ces éléments qui vont notamment orienter les comportements. Le **second**, le système périphérique (ou noyau périphérique) quant à lui, est constitué des éléments ayant attrait aux expériences individuelles des individus. Ce système est plus souple et évolutif. Ainsi, il peut se transformer en fonction des situations dans lesquelles les individus rencontrent l'objet des représentations ; ce système permet d'absorber ces nouveaux éléments, sans être obligé de remettre en question le système central (Abric, 1994b). Ce système est sensible au contexte immédiat et permet même de supporter les contradictions. Ces éléments sont donc peu fréquents et peu importants (i.e., évocations tardives dans le discours) par les individus d'un même groupe. Au sein de ce système périphérique se trouvent les zones de changement (i.e., les éléments peu importants, mais fréquents ou les éléments peu fréquents, mais

importants), qui représentent les points d'entrée où les représentations peuvent évoluer. Ces zones permettent d'intégrer progressivement de nouvelles informations ou expériences, ouvrant ainsi la voie à des transformations potentielles des représentations sociales tout en maintenant la stabilité du noyau central.

En résumé, les représentations sociales sont des « programmes de perception, constructions au statut de théorie naïve, servant de guide à l'action et de grille de lecture à la réalité » (Jodelet, 2015). Dans cette perspective, un certain nombre de travaux ont été menés pour comprendre les croyances collectives à l'égard de nombreux objets (e.g., l'obésité, voir Pena Pena et al., 2016, la communauté LGBT+, voir Gamalinda & Ofreño, 2024, la COVID-19, voir De Condappa et al., 2021).

### **2. 1. 3. Représentations sociales du cancer**

Dans le cadre du cancer, quelques études ont déjà été conduites (Agustina et al., 2018 ; Marie et al., 2010 ; Tozoula Bambara et al., 2019). Ainsi, les travaux de Marie et al. (2010) se sont intéressés à la représentation sociale du cancer auprès de deux populations : l'une concerne des patients touchés par un cancer ( $N = 62$ ) et l'autre des soignants ( $N = 26$ , praticiens hospitaliers en oncologie et internes). Dans la première partie de leur étude, ces deux populations sont interrogées en privilégiant une tâche d'évocation libre : il s'agit de produire des mots qui viennent spontanément à l'esprit quand le mot inducteur « cancer » est évoqué. Les résultats indiquent que pour les patients, les termes de maladie (22 évocations) et de mort (16) constituent le noyau central de leur représentation. Les autres termes fréquents, mais peu importants, sont axés sur la gravité (9) et la souffrance (9), mais aussi la guérison (8) et l'espoir (7). Pour les soignants, le noyau central est principalement constitué des concepts de chimiothérapie (16 évocations), de mort (16) et de souffrance (9). La maladie (6), la gravité (3) et la peur (3) constituent d'autres éléments importants, mais peu fréquents. Dans la seconde partie de leur étude, les auteurs ont proposé à ces mêmes participants une seconde tâche d'évocation libre avec une consigne de substitution où les patients ont dû répondre comme le feraient les médecins et inversement pour les médecins. Les résultats indiquent qu'en substitution, la représentation

« imaginée » des médecins pour les patients est proche de celle produite réellement par les patients. Les médecins évoquent le terme de mort (20 évocations) comme faisant partie du noyau central des représentations des patients, mais devinent également deux autres termes qui sont importants, tels que maladie (5) et souffrance (5). À contrario, la représentation « imaginée » des patients pour les médecins est différente de celle réellement produite par les médecins. En effet, les patients pensent que le noyau central des médecins repose sur la guérison (12 évocations), la maladie (11) et la recherche (8), alors qu'aucun de ces mots n'est présent dans le noyau central produit par les médecins, puisque le registre évoqué reste plus proche de la souffrance. En résumé, que ce soit pour les patients ou pour les soignants, les représentations sociales du cancer s'organisent autour d'un contenu anxiogène adjacent à la mort, la peur, la souffrance et la gravité. Ces représentations sont, par ailleurs, partagées par une population qui n'a pas d'expérience particulière avec le cancer (Agustina et al., 2018), les étudiants en études médicales (Tozoula Bambara et al., 2019) et reflète les résultats des enquêtes d'opinions menées en France évoquées précédemment (Beck & Gautier, 2012 ; Foucaud et al., 2015 ; Institut national du cancer & Santé publique France, 2023).

A l'heure actuelle, peu d'études se sont intéressées aux représentations du cancer en dehors de ces sphères, et a fortiori auprès des employeurs. Pourtant, se focaliser sur les acteurs du monde du travail apparaît pertinent puisque les représentations sociales ont un lien avec les comportements adoptés ou encore la justification de ceux-ci (Abric, 1994b). Les études menées auprès des employeurs mettent en évidence un manque de connaissances dans l'accompagnement au retour au travail après un cancer. Nous relevons, par exemple, dans la méta-analyse de Greidanus et al. (2018), qu'un thème récurrent des freins à l'accompagnement au retour au travail pour les employeurs parmi les 43 études investiguées, est le manque d'expériences à gérer ces situations de retour au travail, ainsi que la difficulté d'accès aux informations pouvant être utiles (e.g., informations sur les partenaires extérieurs à solliciter, l'impossibilité d'échanger des informations avec d'autres employeurs). Cette difficulté spécifique des employeurs a également été mesurée dans d'autres travaux au moyen d'entretiens semi-directifs (e.g., Bilodeau et al., 2023 ; Stergiou-Kita et al., 2016). Si ces études mettent clairement

en évidence un manque de connaissances objectives (sur le parcours de soins, les effets secondaires notamment), elles ne renseignent pas sur les représentations subjectives à l'égard du cancer qui peuvent justement se développer au sein du groupe. Pourtant, mieux les comprendre semble essentiel. En effet, ces savoirs de sens commun guident et permettent de gérer la vie quotidienne. Dans le cas des employeurs, les représentations sociales du cancer qu'ils mobilisent peuvent ainsi constituer des déterminants majeurs de leurs comportements vis-à-vis du retour au travail des personnes malades.

L'objectif principal de ce travail de thèse étant de mieux appréhender les réactions à l'égard des personnes malades du cancer, l'étude du contenu des représentations sociales peut constituer un atout pour expliquer les comportements adoptés par les employeurs (voir **Chapitre 1**). En nous intéressant dans un premier temps aux représentations sociales, nous interrogeons des croyances qui sont partagées culturellement et qui dépendent du rôle et de la position sociale des individus. Ainsi, nous faisons appel, ici, aux enjeux qui régulent une situation sociale particulière auprès d'individus qui remplissent une fonction spécifique (Louvét & Rohmer, 2004). En ce sens, l'étude de Marie et al. (2010) met en évidence l'existence d'un socle commun de croyances entre deux groupes aux positions sociales distinctes (patients et médecins), tout en révélant des divergences liées à leurs rôles respectifs. Elle souligne également la difficulté, notamment pour les patients, à se projeter dans la représentation sociale d'un groupe auquel ils n'appartiennent pas. Dans cette perspective, le rôle social spécifique de l'employeur, caractérisé par des enjeux décisionnels forts et inscrit dans un cadre organisationnel, justifie pleinement l'examen distinct de ses représentations. L'analyse des représentations sociales du cancer chez les employeurs constitue ainsi le point de départ de ce travail de thèse.

Au-delà de la fonction occupée par les employeurs et du cadre normatif dans lequel s'élaborent leurs représentations sociales, des enjeux plus spécifiques (individuels et contextuels) vont venir déterminer leurs comportements, au travers de la perception sociale. La perception sociale

que les employeurs ont à l'égard des malades du cancer résulte, d'une part, des représentations sociales du cancer et, d'autre part, de l'ajustement de ces représentations à leurs propres systèmes de croyances, situés à un niveau plus inter-individuel (Louvet & Rohmer, 2004). Ces deux approches, avec, *l'une* centrée sur les enjeux identitaires et les représentations sociales et *l'autre* sur les enjeux situationnels et la perception sociale, sont complémentaires. En effet, elles renvoient à des processus mentaux distincts, mais potentiellement interdépendants. Tandis que la représentation sociale structure la vision générale de l'objet à un niveau supra-individuel, la perception sociale représente un processus plus flexible, puisqu'il est dépendant du contexte situationnel dans lequel l'individu se trouve ; l'interaction sociale réelle, anticipée ou imaginée est au cœur du processus (Abele et al., 2021 ; Croizet & Fiske, 1998). Ainsi, les représentations sociales structurent la façon dont on considère les individus liés à l'objet social (e.g., les personnes malades du cancer), en le rattachant à des croyances stéréotypées (Berjot & Delelis, 2020). Dans cette perspective, il apparaît pertinent de ne pas se limiter à l'analyse des représentations sociales du cancer, mais de l'enrichir par l'étude de la perception sociale des personnes malades.

## **2. 2. La perception des malades du cancer : entre révélation de la maladie, stéréotypes, émotions et comportements à leurs égards**

Les malades du cancer sont associés à un nombre important de croyances, de stéréotypes qui compliquent et limitent leur inclusion dans la société en général, mais aussi dans le monde professionnel. Par exemple, dans les travaux de Lee et Park (2023), les chercheurs se sont intéressés à mieux comprendre les attitudes de travailleurs à l'égard, d'une part, du cancer et des malades du cancer ; d'autre part, spécifiquement à l'égard des malades du cancer qui reviennent au travail. Au travers d'un questionnaire en ligne, 237 collègues de travail ont été interrogés (120 hommes et 117 femmes) issus de différentes catégories socioprofessionnelles (cadres, employés, ouvriers et professions intermédiaires). Les principaux résultats mettent en évidence une perception plus positive des malades du cancer et de l'acceptation de retour au travail que dans de précédents travaux ayant utilisé les mêmes méthodes de mesure (Cho et al., 2013 ; Shim et al., 2015). Cependant, encore plus

d'un tiers des participants expriment faire moins confiance à un collègue malade du cancer qu'à un autre collègue (35% des répondants). Une majorité considère que les collègues qui ont été malades du cancer ont une capacité de travail diminuée après leurs traitements (66.6% des répondants) et ont une performance moindre à cause des troubles cognitifs lors de leur reprise (49% des répondants).

Pour mieux appréhender les croyances sur les personnes malades et pour comprendre comment ces mêmes personnes sont perçues, nous présenterons dans cette partie différentes notions fondamentales, susceptibles d'expliquer ces perceptions. Dans un premier temps, nous nous attacherons à évoquer la notion de révélation de la maladie. La révélation correspond à toute situation où une personne (e.g., un collègue de travail) est amenée à connaître les difficultés de santé de la personne concernée, qu'importe qui lui a révélé cette information ou la manière dont il l'a apprise (Hudson et al., 2021). Lever le voile sur son appartenance à un groupe particulier, ici les personnes malades du cancer, peut entraîner l'activation de croyances spécifiques à leurs égards, menant à des conséquences positives et négatives que nous développerons. Dans un second temps, nous nous attarderons à introduire les modèles du jugement social au travers du modèle du contenu des stéréotypes (SCM, Fiske et al., 2002), nous permettant de comprendre l'évaluation des groupes sociaux et, en particulier, les croyances à l'égard des personnes malades du cancer. Dans la continuité de ce modèle, nous introduirons le modèle du BIAS Map (Cuddy et al., 2007) qui prolonge le modèle du SCM et met en évidence comment les stéréotypes induisent des émotions spécifiques et déterminantes des tendances comportementales à l'égard des groupes sociaux.

### **2. 2. 1. Être malade d'un cancer et le révéler : impacts psychologiques**

A l'heure actuelle, les quelques données existantes suggèrent qu'une majorité de personnes malades décide de révéler son cancer au sein de son entreprise et de son collectif de travail (e.g., entre 59% et 69% aux Etats-Unis, Martinez et al., 2016 ; environ 58% chez les jeunes adultes malades du cancer dans leur enfance aux Etats-Unis, Rabin, 2020 ; entre 61% et 67% pour les femmes en Iran, Najmabadi et al., 2014 ; et près de 83% d'après un sondage en France, Ligue Nationale contre le

cancer, 2013). Le fait de révéler ses difficultés (suite à un cancer, à d'autres pathologies ou à d'autres situations) est considéré comme central au moment du retour au travail. En effet, dans leurs travaux, Stergiou-Kita et al. (2016) se sont intéressés à la stigmatisation et aux discriminations vécues par les malades du cancer et comment celles-ci peuvent influencer la révélation de la maladie au sein d'une entreprise. Au travers de 40 entretiens semi-structurés, les auteurs ont interrogé 16 malades du cancer, 8 employeurs et 16 professionnels de santé afin d'avoir une vision globale du parcours du retour au travail et de ses difficultés. Quatre raisons principales de révéler son cancer sont mises en avant. La première représente le souhait de la personne malade d'être transparente par rapport à sa situation de santé envers les collègues avec qui elle a de bonnes relations. La seconde raison renvoie à la culture de l'entreprise basée sur la communication et la bienveillance. La troisième raison repose sur le soutien social perçu des collègues de travail. Enfin, la dernière raison concerne la possibilité de s'impliquer dans la réorganisation du travail durant son absence et donc de conserver un sentiment d'auto-efficacité important. Ici, le sentiment d'auto-efficacité est considéré comme le sentiment que la personne malade peut avoir sur le contrôle de sa vie. Ce qui inclut le contrôle sur sa vie professionnelle, où le fait de pouvoir planifier et participer à la répartition de ses tâches pendant son absence permet à la personne de conserver ce sentiment. Au-delà de ces raisons, des arguments contre la révélation émergent également. Ceux-ci s'articulent principalement autour de la peur d'être mis « au placard » et d'être perçu comme moins compétent que les autres collègues, ou encore de ne pas retrouver le soutien social nécessaire et attendu.

Ainsi, les raisons d'annoncer ou non sa maladie sont nombreuses et peuvent entraîner différentes conséquences mises en évidence dans la littérature sur la révélation d'une pathologie (cancéreuse ou non). Ces conséquences peuvent être, d'une part, des bénéfices sur l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être psychologique (Zhang et al., 2021). En effet, révéler sa pathologie permet de réduire les inquiétudes et préoccupations liées au secret de son état suite à l'impression d'avoir pris la bonne décision (Butler & Modaff, 2016 ; Hudson et al., 2021). En conséquence, les personnes expriment une perception de soi plus positive, un sentiment de contrôle sur sa vie et un

empowerment plus important (Honda et al., 2024). L'empowerment est un processus par lequel les individus, les organisations et les communautés acquièrent une maîtrise des enjeux qui les concernent (Eskildsen et al., 2017). Ainsi, révéler sa pathologie auprès des autres, permet aux malades du cancer d'avoir cette maîtrise et donc d'augmenter ce sentiment de maîtrise. Au-delà de cette maîtrise, révéler permet également à la personne de trouver des pairs et collègues de travail qui lui apporteront un soutien social important, qu'ils n'auraient pas pu retrouver si la révélation n'avait pas été faite (Corrigan & Rao, 2012 ; Luo & Hancock, 2020). Ce soutien peut aussi se manifester par une facilité d'accès aux aménagements de travail proposés par l'employeur, tel qu'un aménagement physique du poste ou des horaires de travail (Grunfeld et al., 2013 ; Rabin, 2020).

Cependant, une partie des personnes malades du cancer choisit de ne pas révéler sa pathologie ou seulement partiellement, par crainte des conséquences négatives de cette révélation. Parmi ces conséquences, plusieurs éléments ressortent. Tout d'abord, la discrimination sur le lieu de travail constitue une des principales craintes. Cela peut se traduire au travers de refus de promotions de carrières, d'un accès limité aux aménagements nécessaires ou encore des comportements d'exclusion sociale (Grunfeld et al., 2013 ; INCa, 2018). Ensuite, les personnes malades redoutent d'être traitées différemment par les collègues ou managers. Cette différence de traitement peut inclure une sous-estimation de leurs capacités de travail ou une surprotection face aux éventuels effets secondaires des traitements (Rabin, 2020). Les personnes malades pourraient redouter de se voir confier des tâches moins exigeantes sur le plan cognitif, mais aussi souvent plus répétitives et moins stimulantes, ce qui peut affecter leur satisfaction professionnelle. La dernière conséquence notable repose sur la peur d'être stigmatisé. La stigmatisation est un processus caractérisé par des croyances négatives, des attitudes et stéréotypes associés à un attribut ou à une caractéristique spécifique qui conduit à la discrimination ou à l'exclusion sociale (Granjon et al., 2023 ; Heley et al., 2024). En choisissant de ne pas révéler leur pathologie, les malades du cancer veulent éviter d'être catégorisés comme « malades ». Or, la révélation vient lever le voile sur cette identité cachée,

exposant la personne aux perceptions associées à ce groupe social et à ces conséquences négatives (Berkley et al., 2019).

### **2. 2. 2. Stéréotypes, émotions et comportements**

Depuis de nombreuses années, la psychologie sociale montre comment la catégorisation comme membre d'un groupe social entraîne l'activation immédiate de stéréotypes inhérents à celui-ci, qui vont permettre d'inférer des informations et des ressentis, susceptibles d'orienter les tendances comportementales à l'égard des membres de ces groupes (Bodenhausen & Wyer, 1985 ; Cuddy et al., 2007 ; Döring & Willems, 2023).

Les stéréotypes sont traditionnellement définis en psychologie sociale comme « un ensemble de caractéristiques attribuées à un groupe social » (Hamilton, 2015 ; Légal & Delouée, 2021). Ce sont des croyances partagées concernant des caractéristiques (traits, qualités, défauts) attribuées à une personne sur la base de son appartenance à un groupe social. Trois perspectives principales sont à l'origine de l'élaboration et de la mise en place des stéréotypes : la perspective économique, inférentielle et justificatrice (Yzerbyt, 2018). La perspective *économique* repose sur une simplification de la réalité, permettant de regrouper les membres d'un groupe sous des caractéristiques communes pour réduire la charge cognitive. Ainsi, lorsqu'un individu dispose de peu de ressources ou de motivation pour collecter des informations précises, il peut se reposer sur les stéréotypes pour anticiper les comportements des autres (Fiske, 1998 ; Fiske & Taylor, 2020). La perspective *inférentielle* se réfère, quant à elle, à l'idée de convoquer tout son réseau de croyances afin d'inférer les intentions de l'individu et ses capacités à les mener à bien (Fiske et al., 2002). Lorsqu'un individu doit décider de coopérer avec un groupe, il privilégie souvent une prise de décision intuitive, fondée sur les stéréotypes, plutôt qu'une recherche d'information approfondie (Stewart & Raihani, 2023). Enfin, la perspective *justificatrice* évoque le besoin de justifier les inégalités sociales entre les groupes, de maintenir une identité sociale positive de soi-même et de la différencier de celle des autres groupes sociaux (Tajfel & Turner, 1986). Si un groupe a une position défavorisée au sein de la société, c'est à

cause de ses caractéristiques (Chaurand, 2013 ; Jost & Banaji, 1994). Un certain nombre de travaux s'est également intéressé aux processus liés aux stéréotypes et à la stéréotypisation, c'est-à-dire à la manière dont sont élaborés les stéréotypes et à leur mode de déclenchement en situation (Chaurand, 2013 ; Fiske, 1998 ; Yzerbyt & Demoulin, 2019). Il en ressort que le recours aux stéréotypes résulte d'un arbitrage entre la rapidité de décision et les bénéfices d'une analyse approfondie de l'information (Fiske, 1993 ; Stewart & Raihani, 2023). Ces quelques éléments introductifs nous permettent de comprendre le rôle primordial des stéréotypes et leur influence sur les conduites sociales.

La psychologie sociale s'est, comme nous l'avons vu, d'abord intéressée aux processus de stéréotypisation et aux fonctions du stéréotype, puis plus récemment au contenu de celui-ci. En effet, les travaux sur le contenu des stéréotypes ont pris leur essor dans les années 2000, avec la modélisation proposée par Fiske et al. (2002), poursuivant une ligne de travaux initiée dans le champ de la psychologie de la personnalité (Rosenberg et al., 1968). Ces travaux ont permis de mettre en évidence que les impressions sur autrui et sur les groupes sociaux ne sont pas univalentes (et ne se réduisent pas à une attitude globalement positive ou négative), mais multidimensionnelles (Fiske et al., 2002 ; Kervyn et al., 2013 ; Rosenberg et al., 1968 ; Rosenberg & Olshan, 1970). Dans cette perspective, d'autres modèles ont proposé des approches différentes afin de rendre compte de différents niveaux de jugement social (e.g., jugement de soi, jugement inter-individuel, jugement inter-groupe) et de l'anticipation des futurs comportements de l'autre afin de pouvoir agir en conséquence (Abele et al., 2021 ; Fiske, 1998 ; Schuhl et al., 2020).

Abele et al. (2021) ont proposé d'examiner les cinq modèles de jugement social les plus fréquents au travers de leurs similitudes et de leurs différences afin d'établir un cadre nourri de débats constructifs. Si chacun des modèles a ses propres fondements et a été validé empiriquement, le fait de ne pas avoir de cadre unifié dans le domaine du jugement social ne favorise pas les avancées scientifiques. L'effort des auteurs a été de dépasser cette limite et de proposer une collaboration contradictoire pour intégrer des résultats empiriques apparemment incompatibles au départ

(Kahneman, 2003). Parmi les cinq modèles examinés, nous retrouvons le Dual Perspective Model (DPM, Abele & Wojciszke, 2007, 2014 ; Abele & Wojciszke, 2018), le Behavioral Regulation Model (BRM, Ellemers, 2017 ; Ellemers & Van Den Bos, 2012), le Dimensional Compensation Model (DCM, Yzerbyt, 2018b ; Yzerbyt et al., 2005), le Agency Beliefs Communion Model (ABC, Koch et al., 2016) et le Stereotype Content Model (SCM, Fiske et al., 2002). Les auteurs ont identifié trois points de divergences dans ces cinq modèles. Le premier point de divergence porte sur le nombre et l'organisation des dimensions de jugement des groupes. Certains modèles reposent sur deux dimensions, d'autres sur trois, avec des structures simples, hiérarchiques ou temporelles. La seconde divergence concerne la priorité accordée aux dimensions. Tous les modèles ne placent pas une importance équivalente aux mêmes critères. Si la plupart des modèles sont bifactoriels (avec une dimension horizontale et une verticale, explicitées ci-dessous), certains privilégient la dimension verticale, d'autres la dimension horizontale. Les modèles peuvent aussi différer sur la relation entre les dimensions. Certains postulent une indépendance totale (orthogonalité), tandis que d'autres suggèrent des relations positives ou négatives entre ces dimensions. À partir de cette analyse, les auteurs ont proposé d'intégrer ces différences pour proposer une approche consensuelle qui peut expliquer les différentes perspectives, à travers les caractéristiques de la situation de jugement. Par exemple, quand il s'agit d'un jugement porté sur soi, sur autrui ou dans le cadre de comparaisons inter-groupe, les auteurs modélisent un jugement en deux dimensions, que l'on va logiquement retrouver dans la structure des stéréotypes. La première dimension, la dimension horizontale, renvoie à la coopération, au partage des valeurs, à la confiance et au lien. La seconde dimension, la dimension verticale, renvoie, quant à elle, au statut social, à la compétence, au prestige et au pouvoir. Concernant l'importance primordiale de chaque dimension, celle-ci peut différer en fonction du critère important dans la situation considérée ou des modérateurs (e.g., le nombre de cibles à juger ou le contexte dans lequel elles sont jugées). Ainsi, dans des contextes de situations professionnelles, la dimension verticale peut être prioritaire, comparée à des situations favorisant la coopération entre les groupes. Enfin, concernant la relation entre les dimensions, celle-ci peut être dépendante de

différents facteurs, tels que le nombre de cibles à juger, les objectifs du percevant ou encore la compensation : c'est-à-dire le besoin de compenser un jugement négatif sur une dimension par un jugement plus positif sur la seconde (pour une synthèse de ces facteurs, voir Abele et al., 2021).

Dans le cadre de ce travail de thèse, nous nous intéressons spécifiquement au modèle du contenu des stéréotypes (SCM, Stereotype Content Model, Fiske et al., 2002), particulièrement documenté et validé pour mesurer les stéréotypes à l'égard des groupes sociaux (Bai et al., 2024 ; Cuddy et al., 2009 ; Durante et al., 2013). Un intérêt spécifique de ces travaux est que les auteurs ont pu mettre en évidence le lien entre les stéréotypes, les émotions et les comportements qui en découlent et montrer la pertinence de cette approche pour comprendre les conduites sociales à l'égard des groupes sociaux (Aubé et al., 2022 ; Bye & Herrebrøden, 2018 ; Cuddy et al., 2007).

La modélisation du lien entre stéréotypes, émotions et tendances comportementales, et sa mise à l'épreuve dans de nombreux travaux empiriques s'intéressant au jugement social des minorités, donnent un socle solide à nos propres travaux. Elle permet, d'une part, d'organiser les informations recueillies auprès des employeurs sur la nature de leurs difficultés quant à l'accueil de personnes malades d'un cancer, et d'autre part, de les opérationnaliser dans la suite de notre démarche empirique pour identifier des leviers d'intervention possibles (voir **Chapitre 5**).

**Stéréotypes, émotions et comportements - La perception des groupes et le modèle du contenu des stéréotypes.** Le Stereotype Content Model (SCM) ou le modèle du contenu des stéréotypes, développé par Fiske et al. (2002) a pour objectif de proposer une structure généralisable des stéréotypes et de son contenu selon laquelle les stéréotypes s'organisent autour de deux dimensions : la chaleur (dimension horizontale) et la compétence (dimension verticale). La chaleur renvoie aux intentions que nous prêtons, aux individus identifiés comme membres de groupes sociaux, spécifiquement à l'égard de notre groupe (bonnes et coopératives vs. plutôt mauvaises et compétitives). La compétence renvoie à la capacité de ces personnes à réaliser leurs intentions

(disposant ou non des ressources pour mettre en œuvre ces intentions)<sup>7</sup>. La chaleur regroupe des traits tels que le fait d’être chaleureux, sympathique ou encore sincère, alors que la compétence renvoie au fait d’être capable, intelligent ou efficace. Ces dimensions sont évaluées au travers de questionnaires mesurant ces traits de personnalité caractéristiques et mis à l’épreuve dans de nombreux pays (Barbedor et al., 2024 ; Cuddy et al., 2009 ; Koch et al., 2024).

Dans le jugement social, la chaleur constitue la première dimension évaluée, car considérée comme déterminante pour les interactions sociales. En effet, les individus cherchent d’abord à déterminer les intentions d’autrui avant d’évaluer leurs compétences, afin de pouvoir se rassurer (Brambilla et al., 2011, 2021 ; Fiske, 2018). Ceci se traduit, par exemple, par un temps de réaction plus faible pour reconnaître des mots associés à la chaleur qu’à la compétence dans le cadre d’une tâche de décision lexicale (Brambilla et al., 2021 ; Ybarra et al., 2001). De façon concordante, lors d’une description libre, les individus mentionnent plus spontanément des traits de chaleurs par rapport à ceux de la compétence (Abele & Bruckmüller, 2011 ; Brambilla et al., 2021). Toutefois, dans certains contextes d’évaluation, la compétence peut primer sur la chaleur. C’est notamment le cas en milieu professionnel, où la priorité est de savoir si la personne aura les ressources nécessaires pour mener à bien son travail, et non pas si elle est sympathique (Cuddy et al., 2011 ; Kervyn et al., 2010 ; Louvet et al., 2009). Par exemple, dans une étude portant sur le contexte de recrutement pour un poste en télétravail, les candidats présentés et perçus comme compétents, mais moyennement chaleureux sont préférés par rapport aux candidats présentés et perçus comme chaleureux, mais moyennement compétents (Fousiani et al., 2023). En revanche, cette préférence ne s’observe pas pour un poste en présentiel.

---

<sup>7</sup> Suivant principalement ce modèle et ses extensions dans le cadre de cette thèse, nous avons décidé de garder le terme de chaleur pour la dimension *horizontale* et de compétence pour la dimension *verticale* dans la suite de ce manuscrit, pour une meilleure compréhension.

Le SCM a comme particularité de considérer l'impact des facteurs socio-structurels comme prédicteurs de la chaleur et de la compétence (Fiske et al., 2002 ; Fiske, 2018 ; Kervyn et al., 2015). Le premier prédicteur représente le degré de compétition ou de coopération : plus le groupe est perçu comme coopératif ou peu compétitif, plus il est considéré comme chaleureux (*avec de bonnes intentions*). Le second prédicteur concerne le statut social perçu et est associé à la compétence : plus le groupe est perçu comme ayant un statut social élevé, plus il est considéré comme étant compétent (*avec les ressources nécessaires pour mettre en œuvre ses intentions*).

Dans leur article de référence, Fiske et al. (2002) ont réalisé une série de quatre études princeps pour mettre en évidence la structure du modèle proposé. Dans l'une d'entre elles, les auteurs ont proposé à 148 étudiants d'évaluer la perception de la société envers différents groupes sociaux. Les participants devaient évaluer une liste de 25 groupes sociaux. Parmi ces groupes, nous y retrouvons par exemple des groupes ethniques (e.g., les Asiatiques, les Amérindiens), des groupes religieux (e.g., les chrétiens, les juifs), des groupes d'âge (e.g., les personnes âgées, les jeunes) ou encore des groupes de classes sociales (e.g., les personnes de la classe moyenne, les personnes éduquées). Au travers d'un questionnaire, les participants devaient évaluer chaque groupe sur différentes mesures. La première mesure comprenait la mesure des stéréotypes au travers de 12 traits de personnalité reflétant la chaleur (6 items : e.g., sympathique, sincère) et la compétence (6 items : e.g., capable, efficace). La seconde mesure concernait l'évaluation du statut social de chaque groupe au travers de 3 items (e.g., « quel est le niveau d'éducation des [membres du groupe] ? »). Enfin, la dernière mesure correspondait à l'évaluation du niveau de compétition, à nouveau grâce à 3 items (e.g., « Plus les [membres du groupe] ont du pouvoir, moins les personnes comme moi en auront »). Les analyses factorielles confirment une structure bifactorielle des stéréotypes, fondée sur la chaleur et la compétence, ainsi que l'influence des facteurs socio-structurels tels que la coopération et le statut social. L'analyse de clusters a révélé que les 25 groupes s'organisaient selon une solution à cinq clusters, que nous proposons d'explicitier ci-après. Au niveau des variables socio-structurelles, des analyses de corrélation ont révélé que le statut est corrélé à la compétence, tandis que la coopération

est liée à la chaleur. In fine, les auteurs concluent que l'apport principal de leur modèle réside dans les stéréotypes dits mixtes, c'est-à-dire des groupes évalués positivement sur une dimension et négativement sur l'autre. En effet, dans leur étude, ces stéréotypes particuliers représentaient presque un tiers des groupes évalués. Dans la continuité, de nombreux travaux conduits sous la bannière du SCM montrent que la majorité des groupes ne sont pas évalués de manière totalement positive ou négative, mais plutôt selon une combinaison de traits organisés sous deux dimensions de chaleur et de compétence (e.g., Cuddy et al., 2009 ; Durante et al., 2013 ; Friehs et al., 2022 ; Kotzur et al., 2019, 2020).

Le SCM propose finalement quatre clusters ou combinaisons possibles (le dernier correspondant à des évaluations modérées et neutres n'a pas été retenu dans le modèle). La première combinaison concerne les groupes perçus comme *chaleureux* et *compétents*, c'est-à-dire valorisés sur toutes les dimensions. Cette combinaison est rare et concerne notamment l'endogroupe, autrement dit notre propre groupe ou les groupes qui sont considérés comme nous étant proches. Par exemple, cette combinaison regroupe les chrétiens, la classe moyenne ou encore les étudiants (dans les travaux princeps de Fiske et al., 2002). A l'inverse, la seconde combinaison représente les groupes perçus comme *peu chaleureux* et *peu compétents* qui concernent, par exemple, des groupes tels que les réfugiés (Kotzur et al., 2019). Au-delà de ces combinaisons unilatérales regroupant un certain nombre de groupes sociaux (i.e., positives ou négatives sur les deux dimensions), ce sont les stéréotypes dits mixtes qui sont majoritaires (Durante et al., 2013, 2017 ; Fiske et al., 2002 ; Luna Cortes, 2024). Les groupes considérés comme *peu chaleureux* et *compétents* représentent souvent ceux qui ont réussi socialement, mais dont le succès est attribué à une attitude perçue comme froide et compétitive (stéréotypes envieux). On peut citer comme exemple, les riches ou les business woman (Cuddy et al., 2009 ; Fiske, 2017). Les groupes perçus comme *chaleureux* et *peu compétents* (stéréotypes paternalistes) représentent de nombreux groupes tels que les personnes âgées ou encore les personnes en situation de handicap (Boudjemadi et al., 2023 ; Rohmer et al., 2022 ; Rohmer & Louvet, 2011 ; Sadler et al., 2015 ; Schuhl et al., 2020).

Ces groupes victimes de stéréotypes paternalistes ont été particulièrement étudiés pour comprendre l'effet de compensation, c'est-à-dire le besoin de compenser l'expression d'une dimension négative par une dimension positive (Yzerbyt et al., 2005). Quatre motivations sont avancées comme mécanismes menant à cette relation négative entre la chaleur et la compétence (Cambon & Yzerbyt, 2018 ; Schmitz & Yzerbyt, 2022). La première motivation porte sur *la promotion de relations intergroupes harmonieuses*. Dans un contexte comparatif, accorder à chaque groupe une supériorité sur un aspect spécifique constitue une stratégie idéale pour promouvoir la collaboration (Yzerbyt & Demoulin, 2010). Cela concerne notamment les groupes voulant dépasser les conflits intergroupes et ayant une motivation importante à la coopération. La seconde motivation concerne *la justification du système*. L'ambivalence entre une dimension positive et une dimension négative dans le cadre de ces stéréotypes renforce l'idée d'un système juste et équilibré, permettant de maintenir le statu quo et de le justifier (Fiske et al., 2002). La troisième motivation correspond à *l'affirmation de soi* et au souhait de maintenir une distinction positive avec les autres, tout en conservant une image de soi positive. Cette motivation concerne spécifiquement les groupes de bas statut qui sont la cible de ces stéréotypes paternalistes. Ceux-ci vont développer des stratégies créatives pour s'adapter à leur position désavantageuse. Ainsi, ils acceptent leur faible attribution de compétences en se valorisant sur la chaleur, ce qui leur permet de rétablir leur distinction positive avec les autres et d'améliorer leur estime d'eux-mêmes (Yzerbyt & Cambon, 2017). Enfin, la dernière motivation renvoie à *la présentation de soi*, en particulier pour les groupes de haut statut. Leur volonté de s'affirmer positivement face aux autres, notamment envers les groupes de bas-statut, entre en conflit avec les normes sociales prônant la non-discrimination envers ces groupes protégés (Owuamalam et al., 2016). Afin d'être politiquement corrects, ces groupes de haut statut ne peuvent se valoriser positivement sur la chaleur et la compétence simultanément. Ils sont ainsi enclins à survaloriser l'autre sur la chaleur et à se valoriser eux-mêmes uniquement sur la compétence. Cela permet de sécuriser leur position sociale (car ils se valorisent sur la dimension pertinente, celle de la

compétence) tout en paraissant non discriminant envers les autres, conduisant à adopter une stratégie « noblesse oblige » (Yzerbyt & Cambon, 2017).

**Les facettes des deux dimensions du jugement social.** Depuis une dizaine d'années, les travaux ont pu mettre en évidence que les deux dimensions fondamentales peuvent se décomposer en facettes, affinant ainsi l'évaluation des groupes (pour une revue récente, Abele et al., 2021). Bien que cette distinction n'ait pas été initialement intégrée dans le SCM, les items mobilisés pour opérationnaliser la chaleur et la compétence renvoyaient déjà à des traits spécifiques relatifs à ces facettes. Les distinguer permet ainsi d'améliorer la validité prédictive des jugements sociaux (Carrier et al., 2014 ; Fiske, 2018 ; Yzerbyt, 2018).

Dans cette perspective, la chaleur se décompose en facette de *sociabilité*, qui renvoie à la coopération et à l'établissement de relations sociales harmonieuses avec les autres (e.g., amical) et de *moralité*, qui se réfère à la bienséance et au respect des règles sociales de bonne conduite (e.g., être honnête, Abele & Hauke, 2020 ; Brambilla et al., 2021 ; Brambilla & Leach, 2014 ; Leach et al., 2007). La moralité est considérée comme la facette la plus importante pour évaluer un groupe social (Brambilla et al., 2021). Elle permet aux individus d'identifier les menaces et d'ajuster leurs comportements en conséquence, soit par l'approche, soit par l'évitement (Brambilla & Leach, 2014 ; Leach et al., 2007). Par exemple, la moralité prédit les comportements de soutien à l'égard des groupes (Brambilla et al., 2021), mais également la réputation d'un groupe (Abele & Hauke, 2020).

La compétence, quant à elle, se décompose en deux, voire trois facettes selon les travaux des auteurs. Nous retrouvons une dimension instrumentale représentée par la *capacité* qui renvoie aux habilités à réaliser une tâche, à la performance et à la maîtrise technique (e.g., être capable, efficace) et une dimension plus motivationnelle, souvent opérationnalisée à travers l'*assertivité* faisant référence à la mobilisation de ses ressources telles que l'énergie investie pour défendre ses idées (orienté vers le soi, e.g., ambitieux, sûr de soi), mais aussi dans l'*effort* qui représente le fait d'être volontaire et persistant dans son objectif (orienté vers la tâche et l'objectif, Cambon et al., 2015

; Carrier et al., 2014 ; Cohen et al., 2017 ; Louvet et al., 2019 ; Rohmer & Louvet, 2012b ; Yzerbyt et al., 2025). Par exemple, la facette de capacité prédit mieux la réputation d'un groupe que l'assertivité (Abele & Hauke, 2020), ou encore, les individus sont considérés comme plus respectés lorsqu'ils sont jugés comme étant capables plutôt qu'assertifs (Nicolas et al., 2022). Comme récemment suggéré, cette décomposition en différentes facettes est utile tout aussi bien pour mieux comprendre la perception des groupes, mais également la manière dont les individus se perçoivent eux-mêmes (Koch et al., 2024).

Pour illustrer cela, nous pouvons, par exemple, nous intéresser aux travaux de Rohmer et Louvet (2012) qui se sont focalisés sur la perception à l'égard des étudiants en situation de handicap. Plus précisément, ces auteures ont étudié comment la capacité et l'effort peuvent être prédicteurs de la réussite universitaire. Dans une première étude, les participants devaient évaluer, au travers d'un questionnaire, soit le profil d'un étudiant en situation de handicap, soit le profil d'un étudiant sans handicap (en échec scolaire vs. en réussite scolaire) sur des traits de chaleur, de compétence et d'effort. Les principaux résultats montrent qu'un étudiant (sans handicap) qui réussit se différencie davantage sur la capacité que sur l'effort par rapport à un étudiant qui échoue, alors qu'aucune différence n'est observée sur la chaleur. De façon intéressante, la capacité perçue est davantage liée à la réussite que l'effort : l'étudiant qui réussit est perçu plus capable que fournissant des efforts. L'étudiant est également mieux évalué sur les items relatifs à la capacité quand il réussit que lorsqu'il échoue, alors que les items d'effort ne différencient pas réussite et échec, en particulier quand les étudiants sont en situation de handicap. Ces résultats illustrent la hiérarchie entre les facettes du jugement et le statut social, opérationnalisé soit par la réussite académique, soit par l'appartenance catégorielle. L'intérêt de décomposer la dimension de compétence pour comprendre les qualités des individus réside dans son lien avec le statut social, comme l'illustrent les travaux de Louvet et al. (2019). Au travers d'une série de quatre études, les auteurs se sont intéressés à montrer que le statut social est principalement en lien avec la facette d'assertivité, plutôt que la capacité ou l'effort. Pour ce faire, dans l'une de leurs études, 51 participants devaient évaluer une cible présentée au travers

d'une vignette. Les participants devaient évaluer soit une cible de haut statut social vs. bas statut sur 12 traits d'assertivité, de capacité, d'effort et de sociabilité. Enfin, quatre items supplémentaires permettaient, en fin de questionnaire, de vérifier le statut perçu associé à chaque cible. Ces résultats indiquent que chaque facette du jugement social a un lien distinct avec le statut social. La cible de haut statut est jugée significativement plus assertive que capable ou faisant des efforts. La cible de bas statut, quant à elle, est surtout perçue comme faisant des efforts, mais peu assertive. La comparaison des deux cibles révèle que la cible de haut statut est jugée significativement plus assertive et dans une moindre mesure plus capable que celle de bas statut. En outre, l'effort ne semble pas du tout lié au statut social : les cibles de statut faible et élevé sont perçues comme faisant autant d'efforts les unes que les autres. Ainsi, l'assertivité est la facette qui différencie le plus les cibles en fonction de leur statut, suivie par la compétence ; l'effort ne différencie pratiquement pas les cibles. Ces résultats confirment la nécessité de prendre en compte ces facettes afin de mieux appréhender les situations d'emploi et les facteurs liés à la réussite socio-économique.

Si le SCM a permis de structurer les croyances sur l'évaluation des groupes, il ne prend que peu en compte le rôle central des émotions dans les interactions intergroupes. Or, le préjugé repose sur trois composantes : une cognitive (stéréotypes), une affective (émotions) et une comportementale (intentions d'actions, Cuddy et al., 2007 ; Esses & Dovidio, 2002 ; Fiske, 1998). Dans cette perspective, les émotions jouent un rôle déterminant dans la prédiction des comportements à l'égard des groupes, plus que les stéréotypes eux-mêmes (Cuddy et al., 2007). Pour mieux comprendre ces dynamiques, le BIAS Map a été développé afin de modéliser le lien entre les stéréotypes, les émotions associées et les tendances comportementales envers les groupes sociaux.

**Stéréotypes, émotions et comportements – le modèle du BIAS Map.** Dans le prolongement du SCM, le modèle du BIAS Map (Behaviors from Intergroup Affect and Stereotypes) de Cuddy et al. (2007) s'intéresse aux prédicteurs des tendances comportementales (d'approche et d'évitement) des groupes sociaux. Ce modèle montre notamment comment ces tendances résultent des stéréotypes et

des émotions qui y sont associées. Le modèle propose de reprendre les principes ayant guidé l'élaboration du SCM et d'y ajouter un troisième principe fondateur : les émotions constituent un prédicteur direct plus important des comportements, que ne le sont les croyances stéréotypées.

Plus spécifiquement, le modèle identifie deux dimensions comportementales qui permettent de catégoriser une large gamme de comportements envers les groupes sociaux. Ces comportements sont résumés dans la **Figure 1**. D'une part, la dimension active vs. passive qui concerne l'intensité du comportement et d'autre part, la dimension de facilitation vs. nuisance qui renvoie à la valence du comportement. Dans un premier temps, les comportements *actifs* correspondent à des comportements directs, explicites et intenses ayant pour intention d'agir directement à l'égard d'un groupe social. A l'inverse, les comportements *passifs* représentent des comportements plus indirects, moins intenses et moins coûteux en termes d'efforts, mais qui peuvent néanmoins avoir des répercussions sur le groupe. Dans un second temps, les comportements de *facilitation* renvoient à un comportement prosocial et d'aide, alors que les comportements de *nuisance*, quant à eux, sont associés à un comportement antisocial et de rejet<sup>8</sup>. Par conséquent, quatre types de comportements émergent selon les combinaisons de ces deux dimensions. Les comportements *prosociaux actifs* incluent le fait d'aider activement ou de défendre un groupe ; quant aux comportements *prosociaux passifs*, il s'agit de comportements de coopération ou d'association avec le groupe. Les comportements *antisociaux actifs* regroupent des comportements d'attaque et d'intimidations, alors que les comportements *antisociaux passifs* représentent des comportements d'évitement tels que le rejet ou l'exclusion.

Selon ce modèle, les stéréotypes ont un lien avec les différents types de comportements. Ainsi, la perception de chaleur prédit les comportements *actifs*, alors que la perception de

---

<sup>8</sup> Pour une meilleure compréhension, nous proposons d'utiliser les termes de comportement prosocial et antisocial pour exprimer la dimension valencée des comportements en lieu et place de comportement de *facilitation* et de *nuisance* dans le reste de cette thèse.

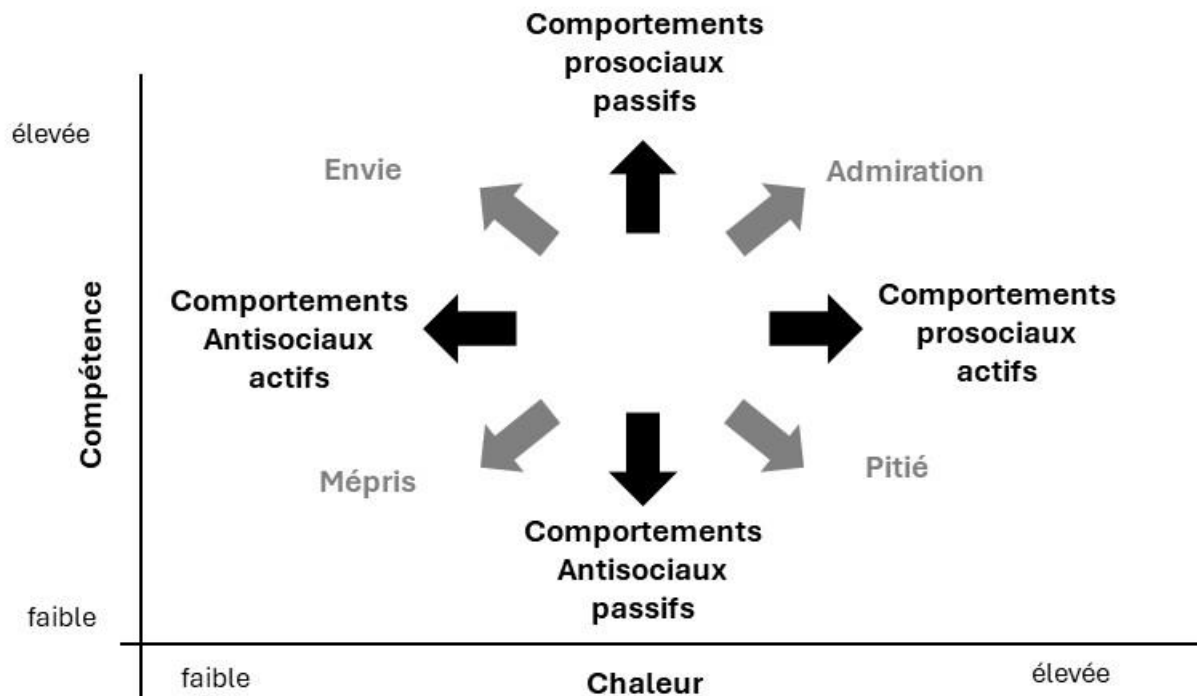
compétence prédit les comportements *passifs*. Par exemple, un groupe étant jugé comme chaleureux évoque plutôt des comportements *prosociaux actifs* alors qu'un groupe perçu comme peu compétent évoque plutôt des comportements *antisociaux passifs* (Cuddy et al., 2007). Dans l'ensemble, les groupes ayant des croyances stéréotypées non mixtes éveillent des comportements clairement définis. C'est-à-dire, soit des comportements prosociaux actifs ou passifs (pour les chaleureux et compétents), soit des comportements antisociaux actifs ou passifs (pour les peu chaleureux et peu compétents). En ce qui concerne les groupes dits mixtes, les comportements à leurs égards peuvent être variables. Les groupes perçus comme peu chaleureux et compétents suscitent à la fois des comportements prosociaux passifs (e.g., avoir envie de s'associer à eux pour tirer parti de leur compétence) et antisociaux actifs (e.g., les saboter, car ils ont dû surpasser la concurrence pour obtenir ce statut). À contrario, les groupes perçus comme chaleureux, mais peu compétents, quant à eux, provoquent à la fois des comportements prosociaux actifs (e.g., les aider) et antisociaux passifs (e.g., les négliger et les ignorer, Cuddy et al., 2008). Il semble difficile de prédire a priori quand ces groupes mixtes suscitent plutôt l'un ou l'autre type de comportements (Becker & Asbrock, 2012).

De façon importante, le BIAS Map postule que le lien entre stéréotypes et comportements est indirect : les émotions y jouent le rôle de médiateur. Ainsi, l'activation des croyances stéréotypées mène à une émotion spécifique, puis à des comportements correspondants. Les auteurs proposent ainsi un modèle médiationnel (Cuddy et al., 2007). En lien avec le SCM, les émotions varient selon la combinaison de chaleur et de compétence exprimée envers les groupes sociaux. Les groupes perçus comme valorisés sur les deux dimensions éveillent une émotion d'*admiration*, contrairement aux groupes dévalorisés sur ces mêmes dimensions qui évoquent du *mépris*. Les stéréotypes dits paternalistes éveillent, quant à eux, de la *pitié* et les stéréotypes dits envieux évoquent de l'*envie*.

D'après ce modèle, *l'admiration* mène à des comportements prosociaux actifs et passifs, alors que le *mépris* mène à des comportements antisociaux actifs et passifs. La *pitié* éveille des comportements prosociaux actifs et antisociaux passifs, car la pitié comprend le côté compassion (qui mène plutôt à l'aide active) et le côté affligé (qui mène plutôt au rejet). Enfin, *l'envie* prédit des comportements antisociaux actifs et prosociaux passifs, puisqu'elle comprend la rancœur (qui mène à vouloir les saboter) et le respect (qui mène au fait de vouloir s'associer avec eux). Ainsi, deux émotions distinctes peuvent mener à des comportements similaires, par exemple, la pitié et le mépris peuvent mener à des comportements antisociaux passifs. Les auteurs proposent ainsi que chaque émotion peut être le médiateur de deux relations stéréotype-comportement intégrant huit relations de médiation au sein de leur modèle. La **Figure 1** résume ce modèle.

**Figure 1.**

*Représentation schématique du modèle du BIAS Map.*



*Note.* La dimension de compétence est représentée en ordonnée et la dimension de chaleur en abscisse. Les flèches noires représentent les comportements et les flèches grises, les émotions.

Ce modèle a été répliqué dans des cultures différentes qui montrent des résultats concordants, mais parfois mitigés sur les hypothèses de médiation de base, où sept hypothèses sur les huit ont reçu les résultats attendus (Becker & Asbrock, 2012 ; Sadler et al., 2015 ; Sweetman et al., 2013 ; Ufkes et al., 2012). Les auteurs considèrent que, de manière générale, ce modèle est globalement applicable pour deux raisons. La première concerne le fait que la chaleur prédit bien les comportements actifs et la compétence, les comportements passifs comme initialement prévu. La seconde concerne les hypothèses de médiation, où les résultats montrent que les émotions jouent bien le rôle de médiateur dans la relation entre les croyances stéréotypées et les comportements. Chaque émotion spécifique est bien le médiateur d'un profil de croyance-comportement proposé par le modèle de base (pour une revue, voir Bye & Herrebrøden, 2018). Dans une application de ce modèle, les travaux de Sadler et al. (2015) s'intéressaient à la perception sociale des personnes présentant un trouble cognitif ou psychique, les participants devaient se positionner par rapport aux croyances stéréotypées, émotions et comportements à l'égard de différents groupes (e.g., les personnes avec un déficit intellectuel, les personnes ayant un Trouble du Comportement Alimentaire). Les principaux résultats ont mis en évidence que les croyances stéréotypées sont différentes en fonction de la nature du trouble (e.g., une personne avec un TCA est perçue comme chaleureuse, mais peu compétente alors qu'une personne avec un déficit intellectuel est considérée comme moyennement compétente et moyennement chaleureuse). Au niveau des émotions, les auteurs retrouvent une relation de médiation entre les croyances stéréotypées et les comportements. Notons que d'autres émotions, non identifiées dans le BIAS Map, peuvent être un puissant médiateur, comme la peur entre les croyances et les comportements antisociaux passifs, ou encore la colère qui est le médiateur entre ces mêmes croyances et les comportements antisociaux actifs.

### **2. 2. 3. Une perception ambivalente des personnes malades du cancer**

Dans le cadre du cancer, peu de travaux se sont focalisés sur les croyances stéréotypées et les émotions envers les personnes malades du cancer comme mécanismes explicatifs des conduites sociales, et plus spécifiquement des difficultés et obstacles rencontrés dans le cadre du retour au

travail. Dans un premier temps concernant les stéréotypes, les quelques travaux menés à l'égard des personnes malades du cancer ont pu mettre en avant des croyances stéréotypées ambivalentes ((Berrenberg et al., 2002; Clément-Guillotin et al., 2014; Martinez et al., 2016; Taillandier-Schmitt & Michinov, 2015). Dans leur première étude, Martinez et al. (2016) proposent à leurs participants d'évaluer les malades du cancer sur des traits de chaleur et de compétence. Ils mesurent également les évaluations de trois autres groupes identifiés comme faisant référence aux autres combinaisons de stéréotypes (les Blancs, représentant le stéréotype chaleureux et compétent, les Asiatiques représentant le stéréotype compétent et peu chaleureux et les personnes sans domicile fixe représentant le stéréotype peu compétents et peu chaleureux). Comme attendu, les personnes malades du cancer sont davantage valorisées sur la dimension de chaleur que de compétence. La comparaison aux autres groupes permet aux auteurs de conclure que le groupe particulier des malades du cancer appartient bien au cadran paternaliste (chaleureux, mais peu compétent, Fiske et al., 2002), comme d'autres groupes sociaux tels que les personnes âgées ou encore les personnes en situation de handicap (Boudjemadi et al., 2023 ; Rohmer et al., 2022 ; Sadler et al., 2015).

À notre connaissance, les quelques travaux s'intéressant à l'évaluation des personnes malades du cancer dans la perspective du SCM se sont exclusivement concentrés sur les dimensions de chaleur et de compétence. Aucun de ces travaux ne prend en considération les facettes des deux dimensions fondamentales. En particulier, on peut s'interroger sur la facette relative à l'effort. Cette dernière, utilisée principalement dans les études sur les personnes en situation de handicap, pourrait s'avérer pertinente pour comprendre les conduites subséquentes à l'égard des malades du cancer. Si on se réfère aux études conduites sur les stéréotypes à l'égard des personnes en situation de handicap, on relève qu'elles sont jugées plus chaleureuses que compétentes (stéréotype paternaliste). Néanmoins, en introduisant les facettes, les auteurs ont mis en évidence que, ce sont surtout les capacités qui leur sont déniées. En revanche, elles sont évaluées très positivement sur la facette relative aux efforts (Cohen et al., 2017 ; Rohmer et al., 2022 ; Rohmer & Louvet, 2011, 2012b). Néanmoins, si la facette de l'effort peut être valorisée dans les sphères évaluatives comme celle du monde du travail ou

scolaire (Dompnier & Pansu, 2010 ; Leung et al., 2020), c'est bien la facette de capacité qui est le plus liée à l'employabilité, à la réussite et au salaire (Cuddy et al., 2011 ; Louvet et al., 2019). Pour cette raison, dans le présent travail, nous avons choisi de privilégier la mesure de la capacité, et plus particulièrement de l'effort. En effet, ces personnes sont généralement décrites dans les médias ou par les professionnels de santé comme des combattantes, qui sont déterminées et dont le parcours force l'admiration et le respect (Halpin et al., 2009 ; Soffer, 2022). À l'inverse, elles ne sont rarement évaluées sur leur motivation à défendre activement leurs droits, leurs idées ou leurs revendications (assertivité). En ce sens, nous n'avons pas mobilisé l'assertivité dans nos études, car cela ne reflète pas les croyances les plus pertinentes dans ce contexte, alors que l'effort constitue un indicateur plus directement relié aux jugements sociaux envers les personnes malades du cancer.

Au-delà des dimensions du stéréotype, à notre connaissance, une seule étude a considéré simultanément les dimensions cognitive et comportementale envers les malades du cancer. Ainsi, Martinez et al. (2016) s'intéressent, dans leur seconde étude, aux comportements de recrutement à l'égard des malades du cancer (en comparaison avec des personnes en bonne santé) en interrogeant 121 managers issus de centres commerciaux aux Etats-Unis. Les participants ont reçu en main propre de la part d'un complice coiffé d'un bonnet, un CV mentionnant un creux d'un an. Ce complice avait soit un CV expliquant la raison du creux dans son CV (pour une pathologie cancéreuse) et un bonnet portant le mot « survivant de cancer », soit un CV non explicatif (aucune raison ou justification mentionnée) et un bonnet blanc (groupe contrôle). Les auteurs ont proposé trois mesures : (i) les comportements antisociaux passifs au travers d'indicateurs tels que l'hostilité, le contact visuel ou encore le niveau d'intérêt ; (ii) la proposition spontanée des offres disponibles ; (iii) les comportements de rappels pour proposer un entretien d'embauche. Les résultats montrent que les malades du cancer subissent davantage de comportements antisociaux que le groupe contrôle. Toutefois, ils ne reçoivent ni plus ni moins d'offres spontanées de la part des managers que le groupe contrôle. En revanche, leur taux de rappel est significativement plus faible. Ces résultats mettent en évidence que les candidats ayant ostensiblement des antécédents de cancers sont victimes de plus d'évitement et de rejet de la

part des managers que les candidats n'ayant pas déclaré d'antécédents de cancer. Si cette étude peut s'inscrire dans la perspective du BIAS Map, elle privilégie la dimension comportementale du modèle au détriment de la mesure des émotions. Or, les émotions jouent un rôle central dans la dynamique des interactions sociales, comme l'ont souligné précédemment des travaux sur le handicap psychique (Sadler et al., 2015). Il semble donc intéressant de pouvoir étendre cette démarche auprès des personnes malades du cancer, ce qui permettrait de mieux comprendre, par exemple, les moindres comportements de rappels exprimés dans l'étude précédente ou encore les sentiments ambivalents exprimés par les employeurs dans le cadre d'un accompagnement au retour au travail.

En résumé, les recherches sur le jugement social des personnes malades du cancer montrent un stéréotype ambivalent à leur égard avec une dimension évaluée plus positivement que la seconde : les malades du cancer sont perçus comme plus chaleureux que compétents (au même titre que d'autres groupes tels que les personnes handicapées ou âgées), ce qui peut poser des obstacles à leur employabilité ou à leur reprise du travail. De plus, lorsque les personnes malades du cancer rendent visible leur pathologie (et donc leur appartenance à ce groupe), elles s'exposent à plus de rejet, d'évitement et à un moindre taux de rappel à la suite d'un recrutement, s'apparentant à des comportements antisociaux passifs selon le modèle du BIAS Map. Ces résultats s'orientent donc vers un jugement ambivalent des personnes malades du cancer, entraînant des comportements ambivalents, eux aussi, mais notamment portés vers l'évitement. Pourtant, aucune étude à notre connaissance ne s'est intéressée, d'une part, à explorer les facettes spécifiques (e.g., l'effort) des dimensions du jugement, essentielles pour affiner cette évaluation, d'autre part, au rôle des émotions sur les conduites sociales.

Dans une perspective pragmatique et adaptative de la perception sociale, la valorisation (ou dévalorisation) des groupes sociaux sur les dimensions de jugement social et leurs facettes n'est pas stable, mais dépend des objectifs du percevant et du contexte de jugement (Abele et al., 2021 ; Yzerbyt et al., 2022). Ce caractère dynamique implique que l'évaluation des personnes malades, et plus

généralement le soutien qui leur est accordé, peut être modulée par des facteurs spécifiques. Parmi ces facteurs, l'attribution de responsabilité dans l'apparition de la maladie s'avère particulièrement déterminante. Percevoir un individu comme responsable de sa maladie tend à augmenter la stigmatisation et les mises à distance (Bresnahan et al., 2013 ; Marlow et al., 2015 ; Shepherd & Gerend, 2014 ; Weiner et al., 1988). Ainsi, la perception des personnes malades du cancer ne peut être appréhendée sans tenir compte de la manière dont le percevant interprète l'origine de la maladie, et donc de la responsabilité perçue.

#### **2. 2. 4. Responsabilité et contrôlabilité de la maladie**

Des travaux suggèrent que la perception à l'égard des malades du cancer peut varier en fonction de certains facteurs comme l'engagement des malades dans l'activité physique ou la responsabilité de ces derniers dans la contraction de la maladie. Par exemple, Clément-Guillotin et al. (2014) ont mis en évidence que les personnes malades d'un cancer sont jugées plus compétentes lorsqu'elles sont présentées comme s'engageant volontairement dans de l'activité physique en comparaison à celles ne pratiquant pas d'activité. Qui plus est, ces mêmes malades faisant de l'activité physique sont jugés plus compétents que les personnes en bonne santé (faisant ou non de l'activité physique). Les auteurs concluent ainsi que l'activité physique permet aux malades du cancer, souvent représentés comme étant diminués physiquement, d'améliorer la perception de leur volonté, leur part de responsabilité dans le processus de rétablissement et finalement leur compétence : ils sont considérés comme plus braves, courageux et plus en capacité de faire face à leur diagnostic.

Au-delà de l'activité physique, un nombre important de travaux s'est intéressé à la perception des malades, en fonction de la façon dont on pouvait les rendre responsables de leur maladie. Le fait qu'un malade soit tenu pour responsable de son état de santé est lié à la perception de contrôlabilité de sa pathologie (Weiner et al., 1988). Les individus ont tendance à éprouver de la sympathie envers des personnes dont la maladie est perçue comme incontrôlable ou non évitable (c'est-à-dire des maladies dont on imagine qu'elles ne sont pas causées par le mode de vie et qui ne peuvent donc être

évitables par la personne). En revanche, les individus ont tendance à avoir des réactions négatives à l'égard des personnes ayant des pathologies contrôlables ou évitables, autrement dit des maladies causées par des déterminants qu'on imagine liés au comportement et qui pourraient donc être évitées par la personne si elle changeait son mode de vie. Ainsi, la maladie d'Alzheimer est perçue comme non contrôlable alors que le VIH est perçu comme contrôlable (Lebel & Devins, 2008).

Pour illustrer cette notion de contrôlabilité, nous pouvons nous intéresser aux travaux de Papathanasiou et Apostolidis (2022) dont l'objectif était de mieux comprendre l'impact des normes sociales sur l'attribution de responsabilité envers les personnes atteintes du SIDA selon différents modes de transmission. Pour ce faire, 240 étudiants ont été interrogés au travers d'un questionnaire comprenant deux parties. La première consistait en une évaluation de leurs croyances à l'égard du SIDA. La seconde comprenait une vignette d'une personne atteinte du SIDA (où était manipulé le mode de transmission : transmission par contact hétérosexuel, contact homosexuel, utilisation de drogue ou transfusion sanguine). Les participants devaient, par la suite, évaluer leurs intentions à l'égard de cette personne au travers de comportements prosociaux (offrir son aide à la personne, lui faire confiance en tant que personnel médical), de comportements antisociaux (distance sociale) et évaluer la responsabilité de la personne dans l'apparition de sa maladie. Les résultats ont mis en évidence que les jugements à l'égard des personnes atteintes du SIDA varient en fonction de leurs croyances à l'égard de la maladie (contagieuse vs. infectieuse) et du statut social du malade (groupe déviant vs. non-déviant). Les participants percevant le VIH comme une maladie contagieuse ont tendance à adopter des attitudes plus négatives à l'égard des personnes atteintes du SIDA que ceux qui ont perçu le VIH comme une maladie infectieuse. En outre, les participants jugent plus négativement les personnes ayant été infectées par l'utilisation de drogues ou par des contacts homosexuels (comportements déviants), que celles qui avaient été infectées par des contacts hétérosexuels ou par des transfusions sanguines (comportements non-déviants). Plus précisément sur la responsabilité perçue, les participants attribuent davantage de responsabilité aux individus infectés par des comportements déviants (usage de drogues, contact homosexuel) qu'à ceux infectés par des

moyens considérés comme normatifs (contact hétérosexuel, transfusion sanguine). De plus, les participants percevant le VIH comme une maladie contagieuse attribuent une responsabilité plus importante dans l'apparition de la maladie à la cible utilisant de la drogue comparativement aux autres modes de transmission. Cette étude met en évidence que les jugements sociaux et l'attribution de responsabilité envers les personnes atteintes du SIDA sont fortement influencés par les croyances des individus sur la nature de la maladie (contagieuse vs. infectieuse) et par la perception des modes de transmission comme étant conformes ou déviants aux normes sociales.

Dans le cadre du cancer, celui-ci est globalement considéré comme une pathologie sur laquelle le malade n'a pas de contrôle quant à son apparition. Pourtant, tous les cancers ne semblent pas être considérés comme similaires quant à cette attribution de responsabilité. En effet, Marlow et al. (2015) se sont intéressés à la stigmatisation à l'égard de cinq types de cancers (poumon, sein, leucémie, peau, colorectal et col de l'utérus). Les participants ( $N = 1014$ ) se positionnaient par rapport à un seul type de cancer sur une série de six mesures regroupant (i) la sévérité de la maladie, (ii) l'attribution de responsabilité, (iii) l'évitement, (iv) la discrimination financière, (v) les politiques nationales à l'égard du cancer et (vi) l'anxiété à l'égard du cancer. Les résultats ont mis en avant que le cancer du poumon est jugé plus grave, relevant davantage de la responsabilité du malade et entraîne plus d'anxiété et d'évitement à l'égard des malades que les autres types de cancers (à l'exception du cancer de la peau). À contrario, le cancer du sein est globalement celui qui est jugé le moins négativement (sur toutes les mesures) et relevant le moins de la responsabilité du malade. Ainsi, ces résultats suggèrent que la responsabilité perçue dans le fait d'être malade est fonction du type de cancer, ce qui est mis en évidence dans d'autres travaux menés (Bresnahan et al., 2013 ; Chapple et al., 2004 ; Godward et al., 2022 ; Marlow et al., 2010 ; Shepherd & Gerend, 2014). Par exemple, Shepherd & Gerend (2014) se sont intéressés au cancer du col de l'utérus et à la façon dont cette maladie est perçue, en fonction du mode d'apparition. Dans une de leurs études, ils ont interrogé 359 étudiants sur leurs perceptions, émotions et attribution de responsabilité à l'égard d'une personne touchée par un cancer du col de l'utérus, dont la cause de l'apparition de la maladie était

spécifiée ou non (contamination par papillomavirus vs. pas d'indication). Les principaux résultats ont montré que les participants ont des émotions plus négatives (de dégoût et de dégoût moral) à l'égard des malades dont la cause est spécifiée, les perçoivent comme étant plus imprudents et responsables de leur maladie. Les analyses de médiation ont révélé que la responsabilité est le médiateur de la relation entre la cause du cancer et la perception d'imprudence. Cette même médiation par la responsabilité est observée pour la relation entre la cause du cancer et le dégoût. Ainsi, lorsque la cause est spécifiée (ici une transmission par virus), la personne est jugée comme plus responsable de sa maladie, est évaluée comme étant plus imprudente et éveille plus de dégoût à son égard. La responsabilité semble donc avoir un rôle clé dans le jugement des malades du cancer.

En résumé, ces travaux indiquent que le jugement envers les malades du cancer peut évoluer selon des facteurs spécifiques, et notamment en lien avec la question de la responsabilité. Cependant, à notre connaissance, aucune étude n'a envisagé de comprendre les réactions face aux malades du cancer en s'appuyant sur les modèles récents d'évaluation sociale et en tenant compte de l'attribution de responsabilité dans la maladie. Cette double perspective représente donc un objectif de ce travail de thèse.

### **2. 2. 5. Conclusion**

L'étude des stéréotypes et de leurs dimensions a considérablement évolué au fil des décennies, passant d'une approche focalisée sur les processus de catégorisation à une analyse plus fine du contenu des stéréotypes (Bai et al., 2024). Le SCM a permis d'identifier deux dimensions centrales structurant le jugement social : la chaleur et la compétence, ouvrant la voie à une meilleure compréhension des stéréotypes mixtes (Abele et al., 2021 ; Fiske et al., 2002). Si le SCM a permis de structurer le contenu des stéréotypes, il ne prend pas en compte l'impact des émotions dans le processus perceptif qui guide les comportements. Pour combler cette limite, le BIAS Map a intégré dans un même modèle, les dimensions cognitives, émotionnelles et comportementales, mettant en évidence le rôle explicatif des réactions émotionnelles induites par les stéréotypes dans la régulation

des réactions et comportements envers les groupes sociaux (Bye & Herrebrøden, 2018 ; Cuddy et al., 2007). Dans cette perspective, mettre en évidence les stéréotypes et émotions associées à l'égard des malades du cancer en y intégrant les facettes des dimensions fondamentales nous semble essentiel pour mieux comprendre les comportements de non-inclusion expérimentés sur le lieu de travail.

Si les émotions jouent un rôle central dans la dynamique des stéréotypes, elles n'expliquent pas à elles seules ces mêmes comportements. De récents travaux soulignent l'importance d'intégrer, dans cette perspective, la perception de menace comme un facteur clé de la relation entre les stéréotypes, les émotions et les comportements (Aubé et al., 2022 ; Johnston & Glasford, 2014). En effet, les stéréotypes sont une source primaire d'informations sur les menaces potentielles que représentent les membres des groupes sociaux, conduisant à des réactions émotionnelles et des tendances comportementales d'approche ou d'évitement (Cook et al., 2018 ; Cottrell & Neuberg, 2005). La dimension de chaleur, notamment sa facette de moralité, a justement pour objectif premier d'évaluer si la personne est (im)morale et représente une menace pour soi (évaluations des intentions, Brambilla et al., 2021). Ainsi, dans le cadre des personnes malades du cancer, il peut être pertinent d'examiner dans quelle mesure elles peuvent être perçues comme une menace pour leur environnement professionnel et comment cette perception peut influencer les comportements d'exclusion lors de leur reprise du travail. Tout particulièrement, la peur d'interagir avec des malades, le rejet ou l'évitement qui sont des difficultés fréquemment évoquées (e.g., Greidanus et al., 2018 ; Stergiou-Kita et al., 2016 ; Vrinten et al., 2017).

### **2. 3. La perception de menace**

Bien que moins prégnante qu'autrefois, l'idée d'une contagiosité du cancer persiste encore dans l'imaginaire collectif. En effet, selon les Baromètres cancers, presque 10% des Français considéraient en 2015 que certains cancers étaient contagieux (Foucaud et al., 2015). Ce chiffre s'élevait à 6.7 % en 2005 (Amsellem et al., 2005), 6.6% en 2010 (Beck & Gautier, 2012) et a diminué à 5.8 % en 2021, traduisant certes une baisse relative, mais qui témoigne de la persistance du

phénomène. (Institut national du cancer & Santé publique France, 2023). Afin de décortiquer les éléments sous-jacents à ce terme de « contagion », une question ouverte<sup>9</sup> a été posée à 27 participants du dernier Baromètre. Sur les 21 réponses exploitables, l'analyse a permis de relever quatre catégories distinctes. Les participants considèrent le cancer comme contagieux, car (i) il est similaire à un virus (tel que le HPV,  $N = 7$ ) ; (ii) la maladie pourrait se transmettre par des contacts physiques, des rapports sexuels ou le sang (transmission par contamination,  $N = 11$ ) ; (iii) le cancer est vu comme une propagation à l'intérieur du corps (contagiosité interne,  $N = 2$ ) ; (iv) le cancer est assimilé à une contagion génétique ( $N = 1$ ). Les auteurs observent, par ailleurs, que les hommes, les 15-24 ans, les personnes ayant un niveau inférieur au baccalauréat et les personnes qui n'ont pas consulté de médecin généraliste les 12 derniers mois ont plus de chance de considérer le cancer comme contagieux que les autres.

Nous avons développé dans la partie précédente comment les croyances stéréotypées envers les groupes sociaux stigmatisés tels que les malades du cancer peuvent potentiellement conduire à la manifestation de préjugés ou à des comportements discriminatoires. Cependant, plusieurs propositions issues de la psychologie sociale sont venues étoffer cette séquence stéréotypes-préjugés-discrimination avec l'ajout du sentiment de menace comme élément déclencheur (voir Stephan et al., 2009 ; Yzerbyt & Aubé, 2018). L'idée persistante que le cancer puisse être contagieux fait écho aux travaux qui considèrent que le sentiment de menace est central dans l'évaluation des groupes (Aubé et al., 2022 ; Aubé & Ric, 2019).

Au sens large, la notion de menace peut se définir comme un signe qui présage de l'imminence d'un danger ou d'un événement fâcheux (pour plus de précisions, voir le Trésor de la Langue Française Informatisé, 2025)<sup>10</sup> et peut être le fruit d'une intention humaine malveillante (Brodeur, 2006). La

---

<sup>9</sup> La question qui a été posée est la suivante : « Pourquoi pensez-vous que certains cancers sont contagieux ? »

<sup>10</sup> <http://atilf.atilf.fr/tlf.htm>

perception de menace trouve ses racines dans un processus évolutif, où l'évaluation de cette dernière est un élément majeur de la survie de l'espèce humaine (Cottrell & Neuberg, 2005). Dans ce cadre, les populations humaines se sont regroupées afin de s'adapter à leur environnement. En conséquence, il a été nécessaire à l'être humain d'évaluer la menace intergroupe et interindividuelle pour éviter que le coût social de ce regroupement n'en dépasse les bénéfices. Ainsi, les comportements humains ont été façonnés par la nécessité de reconnaître les menaces potentielles pour la survie du groupe, comme le danger physique ou la compétition pour les ressources (Cottrell & Neuberg, 2005). Or, un individu appartenant à un groupe perçu comme différent peut représenter un danger et éveiller un certain nombre de menaces, qu'elles soient réelles ou imaginées. La menace n'a pas besoin d'être réelle pour exister : sa simple représentation peut avoir des conséquences psychologiques négatives (Croucher et al., 2020). Dans un environnement où l'être humain scanne en permanence les événements auxquels il est exposé, les émotions qui émergent de cette évaluation sont centrales, car elles poussent l'individu à agir, soit pour se protéger des menaces, soit pour en tirer les bénéfices associés (Frijda et al., 1989 ; Yzerbyt & Aubé, 2018). Afin d'évaluer la situation, l'individu se base sur différents indices, dont notamment les croyances envers les groupes (Neuberg & DeScioli, 2015), créant une cascade de causalités entre stéréotypes-émotions-comportement (Cuddy et al., 2007).

Afin de mieux comprendre les différents types de menaces éveillés par les groupes sociaux, un certain nombre de travaux en psychologie sociale, menés depuis les années 1990, ont apporté un éclairage théorique à ce concept de menace (e.g., Berrenberg et al., 2002 ; Bustillos & Silván-Ferrero, 2013 ; Cottrell & Neuberg, 2005 ; Ma & Ma, 2023 ; Stephan et al., 2002, 2009 ; Stephan & Stephan, 2017). Différents modèles théoriques ont été développés, proposant différentes typologies de menaces. Parmi ces typologies, nous pouvons en citer quelques exemples. Dans le cadre de la menace intergroupe de Stephan et al. (2009), les groupes sociaux éveillent des menaces de deux types : des menaces réalistes ou symboliques. Les menaces réalistes correspondent à des menaces envers les ressources et l'intégrité physique de son groupe. Quant aux menaces symboliques, elles représentent des menaces envers les valeurs et croyances de son propre groupe. Concernant la théorie de la gestion

de la terreur, les auteurs évoquent que l'activation de pensées liées à la mort lors de l'évaluation de certains groupes sociaux ravive la réalité de sa propre vulnérabilité chez l'individu. L'individu perçoit alors une menace existentielle relative à la mort, le conduisant à vouloir mettre de la distance avec le groupe en question et le dévaloriser (articles princeps, voir Greenberg et al., 1986 ; Solomon et al., 1991 ; voir également Bottemanne et al., 2020 ; Burke et al., 2010). D'autres auteurs encore proposent que certains groupes posent plus largement une incertitude sociale, les rendant menaçants et entraînant des comportements défensifs (Van den Bos, 2009). Enfin, dans le cadre du Dual Process Model (DPM) de Duckitt (2001), deux processus psychologiques seraient à l'œuvre dans la perception de menace des groupes, l'un de ces processus repose sur l'orientation à la dominance sociale où plus le groupe est perçu comme remettant en cause la hiérarchie, plus il est considéré comme menaçant. L'autre processus, quant à lui, représente l'autoritarisme de droite où plus le groupe est perçu comme déviant de l'ordre social, plus il sera perçu comme menaçant.

Parmi ces différents modèles de perception de la menace, nous nous intéressons particulièrement, dans ce travail de thèse, au modèle socio-fonctionnel des préjugés (Cottrell & Neuberg, 2005). Ce modèle semble pertinent dans notre cadre pour plusieurs raisons. La première raison repose sur le fait que ce modèle propose de mesurer un large panel de menaces spécifiques et non une perception généraliste de la menace. En effet, ce modèle stipule que la menace générale masque une complexité de menaces plus spécifiques qui sont éveillées par les groupes sociaux. Les groupes n'éveillent donc pas uniquement beaucoup de menace vs. peu de menace, mais un panel large et diversifié de menaces. Dans la continuité, il postule que ces menaces dites spécifiques offrent une meilleure prédiction des émotions et comportements envers les groupes par rapport aux mesures globales et qu'il existe un lien entre les menaces, émotions et comportements spécifiques. A l'heure actuelle, ce modèle intègre un recensement de menaces intergroupes le plus complet (Krauth-Gruber & Drozda-Senkowska, 2017). Chaque type de menace mène à des émotions spécifiques qui prédisent des tendances comportementales associées, définissant ainsi des profils de menace-émotion-comportement. Cette typologie offre une perspective riche permettant de mieux comprendre les

dynamiques comportementales à l'égard de différents groupes sociaux. De plus, le modèle intègre des menaces liées à la santé (contamination), tout à fait adaptées à notre sujet d'étude. Le second avantage repose sur le fait que des travaux précédents ont établi des liens entre ce modèle et celui du BIAS Map pour mieux comprendre les jugements envers certains groupes sociaux. Une étude s'est par exemple intéressée à mettre en lien ces profils de menace-émotions avec les comportements antisociaux actifs et passifs du BIAS Map (Johnston & Glasford, 2014), tandis que d'autres ont exploré le lien entre les stéréotypes, les menaces et les émotions (Aubé et al., 2022 ; Krauth-Gruber & Drozda-Senkowska, 2017).

### **2. 3. 1. Le modèle socio-fonctionnel des préjugés**

Le modèle socio-fonctionnel des préjugés de Cottrell & Neuberg (2005) repose sur trois propositions fondamentales. La première stipule que les êtres humains sont devenus des êtres sociaux interdépendants : être en groupe permet plus facilement d'obtenir les ressources nécessaires. Le second part du principe que les groupes qui fonctionnent efficacement possèdent des processus sociaux particuliers, c'est-à-dire que ces groupes se sont structurés et organisés de manière efficiente. Enfin, les individus possèdent des mécanismes psychologiques, issus de l'évolution biologique et culturelle, permettant de tirer parti des possibilités offertes par la vie en groupe et pour se protéger contre les menaces qui pèsent sur leur vie. Par conséquent, ces mécanismes permettent d'évaluer si les autres individus sont susceptibles de les aider à maximiser leurs bénéfices ou, au contraire, de nuire à leur groupe. Suite à cette évaluation, l'enjeu est de pouvoir réagir face à ces autres individus de manière fonctionnelle et pertinente, afin de minimiser la menace perçue. En résumé, ce modèle stipule que certains groupes sociaux peuvent être perçus comme un ensemble de menaces spécifiques pour soi, éveillant des émotions spécifiques et conduisant à des tendances comportementales, elles aussi spécifiques. Dans leur modèle, les auteurs proposent une typologie de cinq types de menaces perçues auxquelles sont associées des émotions et des tendances comportementales, créant ainsi des profils de « menace-émotion-comportement ». Les différents profils sont réunis dans le **Tableau 2** pour une meilleure lisibilité.

Le *premier* profil renvoie au profil « obstacle-colère-agression » où les auteurs postulent que la colère survient lorsque le groupe est perçu comme posant un obstacle pour soi et pour atteindre ses objectifs. Cette menace comprend six sous-types d'obstacles qui peuvent être dirigés envers : (i) l'économie, (ii) les biens, (iii) les libertés personnelles et les droits, (iv) les relations de réciprocité par choix, (v) la coordination sociale et (vi) les relations de confiance. Par exemple, ces menaces concernent la peur par rapport aux perspectives d'emploi (menace sur l'économie) ou encore le fait qu'un groupe ne contribue pas assez à la société par rapport à ce qu'il en retire (menace sur les relations de réciprocité par choix). Afin d'être plus précis, des exemples pour chaque menace spécifique sont présents dans le **Tableau 2**. Au niveau comportemental, la colère mène à des comportements d'agression où le percevant a pour objectif de supprimer l'obstacle l'empêchant d'atteindre son but. Par exemple, dans le cadre d'une menace envers l'économie, l'individu peut boycotter des produits fabriqués dans des usines détenues par ledit groupe (Aubé & Ric, 2019 ; Cottrell & Neuberg, 2005).

Le *second* profil concerne le profil « contamination-dégoût-rejet » qui reflète que le groupe est jugé comme pouvant être à l'origine d'une contamination soit physique (transmission de maladie), soit sur les valeurs (idéaux opposés à ceux de son propre groupe et évalués comme contaminant ses propres idéaux). Le dégoût est alors l'émotion éveillée et mène à des comportements de mise à distance. Par exemple, dans le cadre d'une menace de contamination physique, l'individu peut être amené à éviter activement un groupe étant perçu comme à l'origine d'une épidémie (Terrizzi Jr et al., 2023).

Le *troisième* profil est celui de la « sécurité physique-peur-fuite », où la perception d'une menace sur la sécurité physique mène à une émotion de peur et à un comportement de fuite. Cela représente, par exemple, le fait de rester à l'écart physiquement d'un groupe social particulier (Sadler et al., 2015).

Le profil « incapacité-pitié-prosocial » représente le *quatrième* profil proposé par les auteurs. Dans celui-ci, la pitié survient lorsque le groupe est perçu comme ne pouvant pas être capable d'avoir des relations d'échanges réciproques et équilibrées avec soi. Cela mène à des comportements prosociaux visant à rééquilibrer l'échange et à permettre à l'autre de rétablir des échanges réciproques. Par exemple, ces comportements peuvent être de l'ordre de défendre activement les intérêts du groupe en question en donnant à une association (Vaughn et al., 2017).

Enfin, le *dernier* profil évoqué par les auteurs est le profil « moralité-culpabilité-restauration ». La culpabilité intervient lorsque le groupe représente une menace pour l'image de soi et de son propre groupe. Ici, l'individu est conscient que le groupe est dévalorisé au sein de la société dont il fait partie, remettant en cause sa propre image de soi. L'individu cherche donc à restaurer cette image au travers de comportements tels que de l'aide active envers l'autre (Vaish, 2018). Appliqués dans le cadre des malades du cancer, ces profils de menace-émotion-comportement pourraient être une partie du processus explicatif des comportements de discrimination dans le cadre du retour au travail (de Boer et al., 2022 ; INCa, 2018 ; Stergiou-Kita et al., 2016).

**Tableau 2.**

*Profils de menaces perçues, émotions et comportements à l'égard des groupes sociaux (adapté de Cottrell & Neuberg, 2005)*

Catégorie de menace	Menace spécifique	Exemple de menaces	Emotions	Tendances comportementales
<b>Obstacle</b>	Menace pour l'économie	<i>Sur les perspectives d'emploi</i>	Colère	Agression
	Menace pour les biens	<i>Sur les possessions personnelles des individus</i>		
	Menace pour les libertés personnelles et les droits	<i>Sur les libertés constitutionnelles</i>		
	Menace pour les relations de réciprocité par choix	<i>Sur une faible contribution à la société</i>		
	Menace pour la coordination sociale	<i>Sur l'ordre social et la hiérarchie</i>		
	Menace pour les relations de confiance	<i>Être suspicieux envers eux</i>		
<b>Contamination</b>	Menace pour la santé physique	<i>Sur le risque de maladie</i>	Dégoût	Rejet, évitement
	Menace pour les valeurs	<i>Sur des valeurs incompatibles</i>		
<b>Sécurité physique</b>	Menace pour la sécurité physique	<i>Sur la violence physique</i>	Peur	Fuite

<b>Réciprocité</b>	<b>par</b>	Menace pour les relations de réciprocité par	<i>Sur des relations équilibrées</i>	Pitié	Comportement prosocial
<b>incapacité</b>		incapacité			
<b>Moralité</b>		Menace pour la moralité de son propre groupe	<i>Sur l'image de son propre groupe</i>	Culpabilité	Restauration de l'image du groupe

---

Afin de tester leur modèle, Cottrell & Neuberg (2005) ont interrogé 235 étudiants américains sur l'évaluation des menaces et émotions que représentaient différents groupes (i.e., les féministes, les afro-américains, les Américains d'origine asiatique, les Américains d'origine mexicaine, les Amérindiens, les chrétiens fondamentalistes et les homosexuels et deux considérés comme endogroupes : les Américains d'origine européenne, et les chrétiens non fondamentalistes). Les participants devaient se positionner sur deux mesures d'évaluation des menaces : une évaluation de la menace générale en deux items (e.g., « Dans quelle mesure [le groupe] représente une menace pour les Américains ? ») et vingt items pour mesurer les menaces spécifiques. De la même manière, deux mesures d'évaluation des émotions ont été proposées : une évaluation générale des émotions en deux items (e.g., « Dans quelle mesure avez-vous des sentiments positifs/négatifs envers [le groupe] ? »), ainsi qu'une évaluation des émotions spécifiques en vingt-six items. Chaque participant devait évaluer l'ensemble des groupes cibles. De manière générale, les résultats se sont montrés cohérents avec les profils de menace-émotion-comportement prévus par les auteurs. De plus, les groupes sociaux présentaient bien un panel de menaces et d'émotions spécifiques qui étaient masqués par des mesures globales. Enfin, le modèle faisait également l'hypothèse que les menaces soient prédictrices des émotions, ce qui s'est avéré être validé. En résumé, la conception de ce modèle propose que l'évaluation générale des groupes soit trop restrictive pour saisir la complexité des menaces et émotions éveillées par chacun des groupes sociaux. Au contraire, chaque groupe éveille un panel de menaces et d'émotions spécifiques et restreintes. De plus, ces mêmes menaces sont à l'origine des émotions, déterminantes des tendances comportementales spécifiques.

Suite à ces premiers travaux, des études ont exploré les menaces et émotions éveillées par différents groupes sociaux en s'inscrivant dans le modèle socio-fonctionnel des préjugés (e.g., les athéistes et chrétiens, Van Cappellen & LaBouff, 2022 ; les personnes transgenres, Totton & Rios, 2021 ; les Asiatiques suite à la COVID, Wu et al., 2023 ; les réfugiés, Landmann et al., 2019), ainsi que le lien entre les menaces et les comportements (Johnston & Glasford, 2014 ; Kuppens & Yzerbyt, 2012).

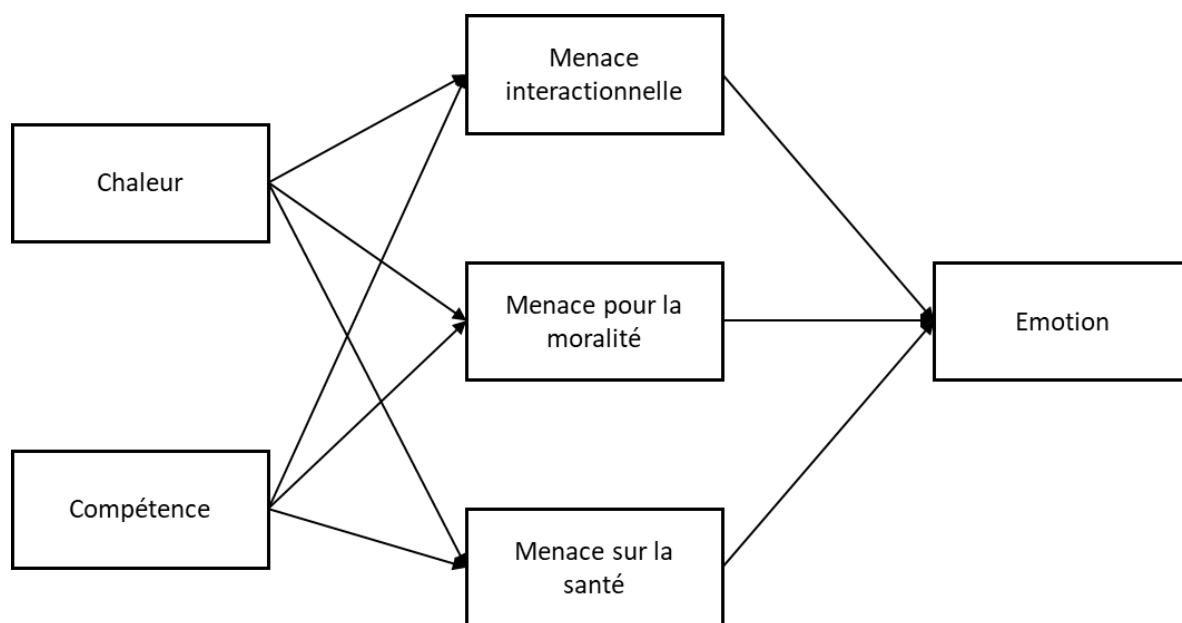
Pour illustrer l'application de ce modèle à la compréhension des réactions relatives à des groupes stigmatisés, Aubé et al. (2022) se sont intéressés à l'évaluation de personnes en situation de handicap cognitif ou psychique. Dans leur étude, 560 participants (étudiants français et belges), ont complété un questionnaire en ligne portant sur trois construits : (i) les croyances stéréotypées sur la base de la chaleur, la compétence, et l'effort, (ii) six menaces (envers les ressources économiques, la réciprocité par choix, la moralité, la contamination, la sécurité et les relations de confiance), (iii) et sept émotions (la colère, la peur, le dégoût, la pitié, la culpabilité, l'envie et l'admiration). Les participants devaient juger cinq groupes de handicap parmi dix-huit étudiés (e.g., les schizophrènes, les personnes autistes, les bipolaires). Les principaux résultats mettent en évidence que trois types de menaces sont éveillés par les personnes présentant une difficulté cognitive ou psychique : une menace dite interactionnelle, définie comme une menace sur la qualité de la relation entre les groupes (regroupant les menaces pour les relations de réciprocité par choix, la sécurité, et les relations de confiance), une menace de contamination, et une menace pour la moralité. Au niveau des émotions, celles-ci sont organisées en trois types : la pitié, la considération (regroupant l'admiration, l'envie et la culpabilité) et la dérogação (reprenant la peur, la colère, le dégoût et la honte). Pour explorer le lien entre croyances et émotions, des analyses de médiations ont été réalisées en introduisant les différents types de menaces comme médiateurs de cette relation. Ainsi, chaque relation croyance-émotion est médiatisée par une ou deux menaces spécifiques. La chaleur joue un rôle important dans la prédiction des menaces et émotions : elle prédit les trois émotions, mais via des menaces différentes. Les groupes jugés comme plus chaleureux, (i) suscitent moins de menace interactionnelle et donc moins d'émotion de dérogação ; (ii) évoquent plus de menace envers la moralité et donc plus de pitié et de considération ; (iii) éveillent moins de menace de contamination et donc plus d'émotion de considération. Pour la compétence, la prédiction significative repose sur son lien avec la considération : plus le groupe est perçu comme compétent, moins il éveille de menace (de contamination ou envers la moralité) et plus, il suscite de la considération. Les auteurs concluent ainsi que leur proposition basée sur ce lien croyances-menace-émotion fait la jonction entre les travaux sur

les croyances stéréotypées à l'égard des groupes sociaux (Abele et al., 2021) et le lien menace-émotion-comportement (Cottrell & Neuberg, 2005), permettant de mieux comprendre les processus à l'origine de la distanciation envers ces groupes sociaux. Les auteurs montrent que les menaces médiatisent la relation entre les croyances stéréotypées et les émotions comme le montre la **Figure 2**.

Sur cette base, nous nous proposons ici de prolonger cette démarche et d'appliquer le modèle socio-fonctionnel des préjugés au jugement social des personnes atteintes de cancer, afin d'identifier si la perception de menace évoquée par ce groupe social a une implication dans leur exclusion.

**Figure 2.**

*Représentation schématique du modèle proposé par Aubé et al., (2022)*



### **2. 3. 2. Perception de menace et cancer**

À notre connaissance, très peu d'études se sont intéressées à la perception de menace éveillée par les personnes malades du cancer auprès d'une population générale, et à fortiori auprès des employeurs. Lorsque la menace est explorée dans la littérature, elle l'est plutôt au travers de la perception du risque de cancer ou de sa récurrence pour les malades (Heathcote & Eccleston, 2017), de

la menace d'être diagnostiqué (Becker et al., 2018 ; De Pelsmacker et al., 2017) ou encore des répercussions psychologiques de la pathologie conduisant à un risque et une menace suicidaire plus élevé pour les malades d'un cancer colorectal que pour les autres types de cancer (Espuig et al., 2024). Seuls les travaux de Berrenberg et al. (2002) se sont proposés d'investiguer les menaces éveillées par les personnes malades du cancer en s'appuyant sur le modèle de la menace intégrée de Stephan et al. (2002). Pour ce faire, les auteurs ont interrogé 173 étudiants américains sur la perception de menace envers les personnes atteintes d'un cancer en phase terminale. Les participants devaient se positionner par rapport à cinq mesures : les menaces réalistes, les menaces symboliques, l'anxiété intergroupe, les stéréotypes négatifs et les attitudes. Afin d'analyser leurs résultats, les auteurs ont proposé des analyses de régression permettant de déterminer les prédicteurs des attitudes envers les malades du cancer. Les résultats mettent en évidence que les attitudes envers les malades du cancer sont significativement prédites par les stéréotypes négatifs, puis les menaces réalistes et l'anxiété intergroupe. La menace symbolique n'avait pas de valeur prédictive ici.

Bien que pionnière dans le cadre de l'étude du cancer, cette étude s'appuie sur une modélisation théorique organisée autour de deux grands types de menace : la menace réaliste et la menace symbolique, comme nous l'avons déjà évoqué plus haut. Cependant, dans le cadre de notre travail, recueillir des informations sur des menaces plus spécifiques telles que la contagion ou la moralité nous a semblé plus pertinent pour des travaux centrés les personnes malades d'un cancer. En effet, nous avons pu voir qu'une notion de contagiosité persiste dans le cadre du cancer (Institut national du cancer & Santé publique France, 2023). De plus, les malades sont perçus comme devant être protégés au sein de la société, mais non pas assurés de pouvoir garder leur travail, créant ainsi une ambivalence morale (Lee & Park, 2023). Ainsi, cela pourrait conduire à une perception de menace spécifique (pour la santé, pour sa propre moralité). Par conséquent, il nous semble pertinent de prolonger ces travaux sur la perception de menace à l'égard des malades du cancer en s'inscrivant dans le modèle socio-fonctionnel des préjugés de Cottrell & Neuberg, (2005). Par ailleurs, ce modèle identifie des profils de menace-émotion en lien avec des tendances comportementales notamment

les comportements d'évitement. Enfin, il intègre les stéréotypes dans cette dynamique menace-émotion-comportement, permettant de capturer au mieux les processus à l'origine de la stigmatisation de populations défavorisées (Aubé et al., 2022 ; Aubé & Ric, 2019 ; Cottrell & Neuberg, 2005). La **Figure 2** résume ce modèle. Ainsi, investiguer la perception de menace envers les malades du cancer nous permet de mieux comprendre les mécanismes psychosociaux jouant un rôle déterminant dans l'explication de l'exclusion perçue par les malades (Stergiou-Kita et al., 2016) et les difficultés à exprimer des comportements d'accompagnement de la part des employeurs (Bilodeau et al., 2023).

## **2. 4. Conclusion du Chapitre 2**

Ce chapitre nous a permis de poser les bases théoriques nécessaires à notre travail, en articulant des approches complémentaires. Ces approches, au nombre de trois représentent, d'une part, les représentations sociales, d'autre part, le jugement social des personnes malades du cancer et enfin, la perception de menace. La manière dont ces différents mécanismes psychosociaux s'articulent et peuvent influencer l'accompagnement vers le retour au travail n'a pas encore été explorée. En particulier, il apparaît que la littérature n'a que peu exploré l'impact des réactions émotionnelles et la perception de menace associée aux personnes de malades du cancer pour comprendre les difficultés des employeurs (Daul et al., 2024). Or, nous proposons que ces facteurs constituent des variables centrales dans les difficultés de retour au travail de cette population.

## Partie 2 - Problématique de la thèse, objectifs de recherche et contributions empiriques

---

### **Chapitre 3 : Problématique de la thèse, objectifs et questions de recherche**

Avec plus de 400 salariés qui sont diagnostiqués d'un cancer chaque jour en France, les enjeux de la reprise du travail sont nombreux (INCa, 2023). Retourner au travail est une étape importante du processus de réhabilitation, permettant aux personnes de retrouver une vie dite « normale » (Stergiou-Kita et al., 2016). Cependant, cette étape est jalonnée de difficultés. Du côté des personnes malades, les études montrent un risque accru de perte d'emploi par rapport à la population générale (de Boer et al., 2009). Si la recherche s'est longtemps focalisée sur les leviers et freins inhérents à la personne malade lors de la reprise du travail, un intérêt croissant émerge aujourd'hui sur le rôle des employeurs dans ce processus (de Boer et al., 2022). Comme évoqué précédemment, ces derniers expriment également des difficultés qui peuvent influencer leur accompagnement dans le cadre de la reprise du travail (e.g., Greidanus et al., 2018 ; Popa et al., 2020). Ces difficultés peuvent être comprises grâce à des modèles théoriques relevant des rapports intergroupes.

**Dans ce contexte, la présente thèse a pour objectif de mettre en lumière comment des mécanismes psychosociaux peuvent être centraux pour comprendre les difficultés exprimées et conduire à des comportements de (non)soutien des employeurs.**

Ce travail de thèse s'inscrit dans une double perspective. D'une part, nous utilisons une approche psychosociale pour apporter un nouvel éclairage sur l'origine des difficultés exprimées par les employeurs. Nous proposons ici de mobiliser des théories éprouvées et documentées en psychologie sociale pour étudier les rapports intergroupes, encore peu exploitées dans le champ du cancer. À savoir les représentations sociales (Moscovici, 1961), le SCM et le BIAS Map (Cuddy et al., 2007 ; Fiske et al., 2002), la responsabilité (Weiner et al., 1988), la révélation de la maladie (Stergiou-Kita et al., 2016) et le modèle socio-fonctionnel des préjugés (Cottrell & Neuberg, 2005). D'autre part, cette recherche vise à identifier des solutions concrètes pour favoriser le soutien des employeurs envers les personnes malades du cancer. C'est précisément sur ce point que s'appuie notre collaboration avec le Comité du Bas-Rhin de la Ligue contre le cancer (financeur de cette thèse) qui

s'interroge sur les difficultés des employeurs, mais également sur l'efficacité des interventions existantes pour les accompagner. Ainsi, cette thèse ne se limite pas à l'étude des mécanismes psychosociaux à l'origine de ces obstacles et difficultés, mais explore par ailleurs comment des actions de sensibilisation peuvent modifier la perception des employeurs et, in fine, améliorer l'inclusion professionnelle des malades du cancer. Au-delà de son apport théorique, ce travail vise à proposer des recommandations concrètes pour renforcer cette inclusion professionnelle.

Trois questions principales de recherche ont guidé nos travaux dans ce cadre. Pour y répondre, nous avons mené un total de cinq études résumées et schématisées dans la **Figure 3** (les liens OSF sont accessibles au sein de chaque chapitre empirique).

(I) La première question concerne les représentations sociales du cancer par les employeurs (Étude 1). Si de nombreuses études et enquêtes d'opinions se sont intéressées aux représentations sociales du cancer, aucune ne s'est spécifiquement focalisée sur celles des employeurs (e.g., Agustina et al., 2018 ; Foucaud et al., 2015 ; Marie et al., 2010). Or, ces derniers occupent une position sociale singulière, avec des enjeux distincts de ceux des professionnels de santé ou de la population générale. L'objectif ici est de comprendre comment les employeurs perçoivent le cancer et en quoi ces représentations pourraient influencer leurs réactions envers les personnes malades. Pour ce faire, nous avons mesuré les représentations sociales, l'anxiété intergroupe et le sentiment d'efficacité personnel des employeurs, avant et après une action de sensibilisation sur le retour au travail après un cancer.

(II) Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressés à la perception sociale des malades du cancer (Étude 2\_A, Étude 2\_B, Étude 3). Si des recherches antérieures ont déjà pu explorer cette perception (e.g., Clément-Guillotin et al., 2014 ; Martinez et al., 2016), elles n'ont pas eu l'occasion de prendre en compte les facettes spécifiques du jugement social, telles que récemment mises en évidence dans la littérature de référence (Abele et al., 2021 ; Barbedor et al., 2024), ni les liens entre les croyances, émotions et tendances comportementales vis-à-vis de ce groupe spécifique.

Pourtant, des études conduites sur d'autres groupes de personnes en difficulté (e.g., personnes en situation de handicap) montrent l'intérêt de considérer ces facettes pour comprendre les jugements et comportement sociaux. Par exemple, ces études ont permis de mettre en évidence que l'effort et la sociabilité sont plus associés aux personnes en situation de handicap que la capacité, ce qui peut freiner leur employabilité (Rohmer et al., 2022). De la même façon, d'autres travaux ont mis en évidence le rôle clé des émotions dans la prédiction des tendances comportementales (Aubé et al., 2022 ; Bye & Herrebrøden, 2018 ; Cuddy et al., 2007). C'est en se référant à cette littérature que nous avons mesuré les stéréotypes, émotions et tendances comportementales exprimés envers les personnes malades du cancer.

La question de la perception des personnes malades du cancer a été explorée de différentes façons. Tout d'abord, notre ancrage sur le terrain nous a permis de mesurer d'une part la perception que les personnes malades ont d'elles-mêmes (Étude 2\_A), mais également la perception d'une population générale à l'égard des personnes malades (Étude 2\_B). Cette perspective nous a permis d'étudier l'impact de la révélation de sa maladie au travail sur la perception de soi, ainsi que sur le bien-être psychologique des personnes concernées (Étude 2\_A). En milieu professionnel, la révélation de la maladie constitue un enjeu clé, car divulguer sa pathologie et ses difficultés peut faciliter l'accès aux aménagements de travail (Hudson et al., 2021), mais comporte le risque d'être mis à l'écart (Grunfeld et al., 2013). Si des études ont exploré cette question, peu se sont focalisées sur la manière dont la pathologie est révélée. Mieux comprendre les liens entre révélation, perception de soi et bien-être psychologique permettrait, dans un premier temps, de développer des pistes d'actions pour accompagner les personnes malades dans la restauration de leur capacité d'agir. Dans un second temps, cela permettrait de sensibiliser les employeurs sur cet élément crucial lors du processus d'accompagnement au retour au travail. Dans le cadre de l'Étude 2\_B, nous avons pu mesurer le jugement social envers les malades du cancer au travers des stéréotypes, émotions et comportements en comparaison avec les personnes « en bonne santé ». Un de nos objectifs était de répliquer et d'étendre les résultats d'études antérieures (Clément-Guillotin et al., 2014 ; Martinez et al., 2016 ;

Taillandier-Schmitt & Michinov, 2015 ; Zheng et al., 2023), en prenant en considération les facettes du jugement et en incluant les dimensions émotionnelle et comportementale.

L'Étude 3 poursuit cet effort de réplication et d'extension des résultats en prenant en compte le rôle de l'attribution de responsabilités quant à l'apparition de la maladie sur le jugement social. Si quelques études ont pu mettre en évidence une stigmatisation plus importante en fonction du type de cancer, peu ont exploré dans quelle mesure le jugement envers les malades du cancer pouvait être différent en fonction du type de cancer, en distinguant ceux perçus comme évitables et contrôlables de ceux considérés comme non évitables (e.g., Shepherd & Gerend, 2014). Pour ce faire, nous avons donc mesuré les croyances stéréotypées, les émotions pour des cancers considérés comme évitables ou non.

(III) Nos études suivantes prennent en considération le rôle de la perception de menace dans les comportements de soutien ou d'exclusion envers les personnes malades (Étude 4 et Étude 5). Si une étude a abordé cette question spécifique (Berrenberg et al., 2002), elle explore peu les liens entre stéréotypes, menaces et émotions. Or, investiguer les stéréotypes est un élément important, car ceux-ci sont basés sur l'évaluation des intentions de l'autre et de sa capacité à les mettre en œuvre (Fiske et al., 2002). Les stéréotypes à l'égard d'un groupe permettent donc d'évaluer la menace que le groupe représente pour soi et induisent des émotions qui vont guider les comportements (Aubé & Ric, 2019). Cette chaîne de réactions pouvant être à l'origine de comportements de soutien ou d'exclusion en milieu professionnel, nous avons mené une première étude auprès d'une population générale en mesurant les croyances stéréotypées, les menaces et les émotions envers les malades du cancer afin de mieux comprendre les relations entre les variables (Étude 4). Dans un second temps, nous avons à nouveau mobilisé la perception de menace, cette fois auprès d'une population d'employeurs ayant participé à une action de sensibilisation au retour au travail après un cancer telle que décrite dans l'Étude 1 (vs. une population d'employeurs non-sensibilisés). Notre intérêt ici était d'évaluer comment une action de sensibilisation a la capacité de favoriser une évolution positive de

la perception des malades du cancer et donc, in fine, de favoriser un meilleur accompagnement à la reprise du travail. Nous avons à nouveau mesuré les croyances stéréotypées, la perception de menaces et les émotions ressenties envers les malades du cancer, avant une action de sensibilisation (*t1*) et après l'action (*t2*) pour les employeurs sensibilisés. Pour les employeurs non-sensibilisés, les mesures étaient similaires, nous leur proposons une première mesure (*t1*) puis une seconde mesure (*t2*) trois semaines plus tard.

L'exploration de ces questions de recherche a permis l'élaboration d'un article publié (Daul et al., 2024)<sup>11</sup> ainsi qu'un article accepté et sous presse (Daul et al., 2025)<sup>12</sup> et la présentation de trois autres études, non encore publiées. Dans une démarche de science ouverte, l'ensemble des données et du matériel utilisés pour les différentes études de cette thèse sont accessibles sur la plateforme *Open Science Framework* (OSF). Par ailleurs, les hypothèses ont été préenregistrées à partir de l'Étude 3, conformément aux bonnes pratiques en matière de transparence scientifique. L'ensemble de ces éléments est disponible à l'adresse suivante : [osf.io/qxer9](https://osf.io/qxer9)

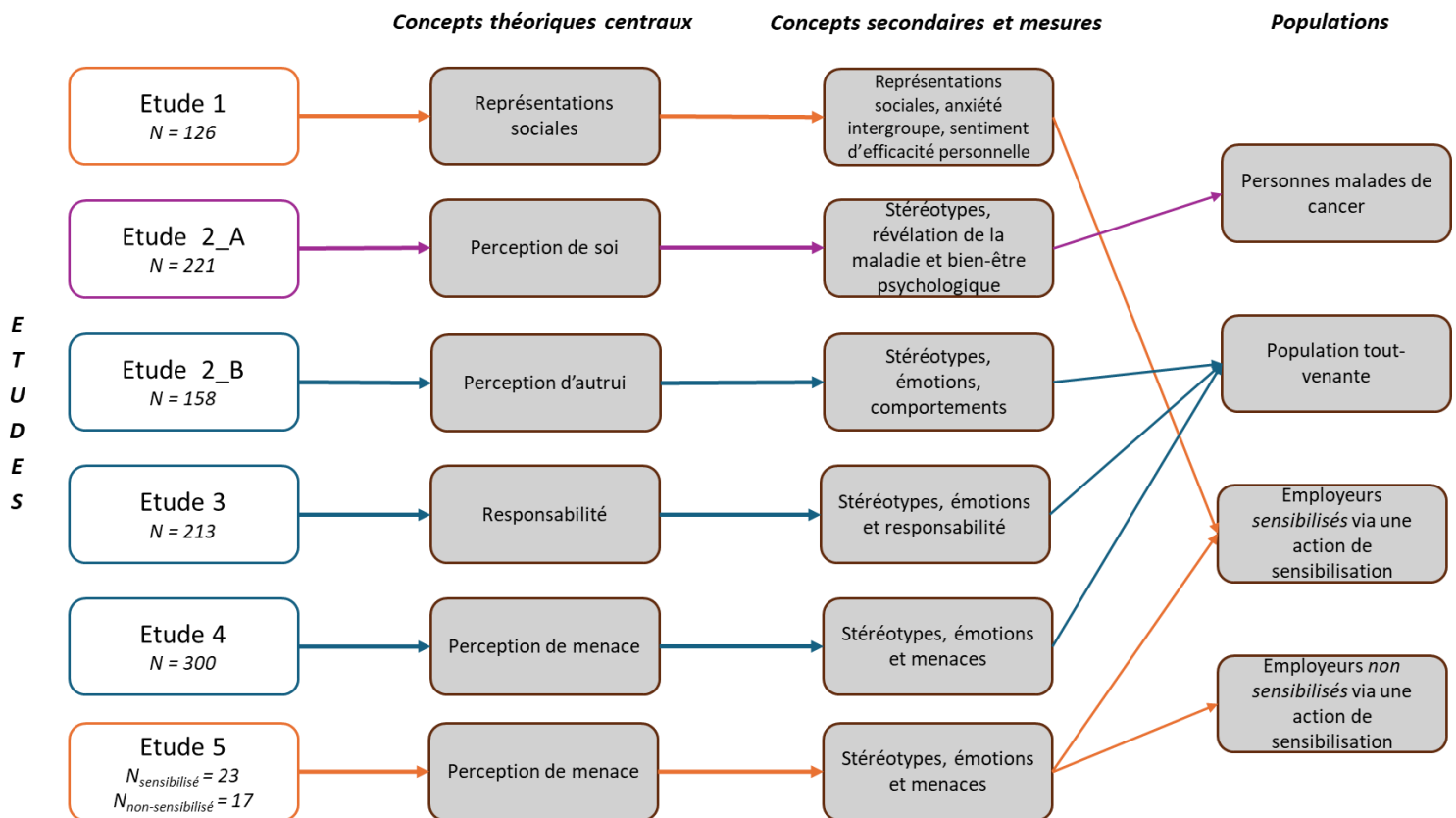
---

<sup>11</sup> Daul, J., Boudjemadi, V., & Rohmer, O. (2024). Améliorer le retour au travail après un cancer : Mise en place et évaluation d'une action de sensibilisation des entreprises. *Le travail humain*, 87(3), 159-184. <https://doi.org/10.3917/th.873.0159>  
SJR 2024 : 0.129 Q4

<sup>12</sup> Daul, J., Boudjemadi, V., Sgambati, L., & Rohmer, O. (2025). Les croyances, un frein au processus de retour au travail après un cancer ? *Bulletin du Cancer*. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2025.03.021>  
SJR 2024 : 0.327 Q3

**Figure 3**

Représentation schématique des différentes études de ce travail de thèse, des concepts, mesures et populations sollicitées pour chacune d'entre elles.



**Note.** Les flèches orange indiquent les études ayant sollicité une population d'employeurs. Les flèches bleues signalent les études ayant sollicité une population tout-venante. Les flèches violettes rendent compte des études ayant sollicité une population de personnes malades du cancer.

#### **Chapitre 4 : Évolution des représentations sociales du cancer chez les employeurs : entre croyances, anxiété et sentiment d'efficacité**

L'étude présentée dans ce chapitre (Etude 1) permet de poser les bases de ce travail de thèse en répondant à notre première question de recherche. Cette étude a pour ambition de souligner l'importance des ressentis cognitifs et affectifs comme pouvant être à l'origine des principales difficultés exprimées par les employeurs dans l'accompagnement au retour au travail de salariés malades du cancer. En effet, cette étude répond directement à une demande de terrain du Comité du Bas-Rhin de la Ligue contre le cancer qui était de développer des outils de sensibilisations efficaces et valides pour accompagner les employeurs. Pour ce faire, trois types de difficultés principalement rencontrées par les employeurs ont été identifiées, sur la base de la littérature existante : la méconnaissance du cancer, le sentiment de malaise face au cancer et le sentiment d'incompétence à gérer ces situations. Sur cette base, une première action de sensibilisation a été conçue en mobilisant des concepts issus de la psychologie sociale pouvant être à l'origine de ces difficultés exprimées. Au travers d'un article publié (Daul et al., 2024), nous proposons de mettre en évidence l'effet positif d'une action de sensibilisation ainsi construite sur des bases théoriques. Son efficacité est évaluée à plusieurs niveaux, en s'appuyant sur les modèles d'évaluation de la formation les plus reconnus (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

#### 4. 1. Etude 1

Daul, J., Boudjemadi, V., & Rohmer, O. (2024). Améliorer le retour au travail après un cancer : Mise en place et évaluation d’une action de sensibilisation des entreprises. *Le travail humain*, 87(3), 159-184. <https://doi.org/10.3917/th.873.0159>

##### Contribution des auteurs

**Julie DAUL** – Conceptualisation, méthodologie, recueil de données, analyse des résultats, rédaction

**Valérien BOUDJEMADI** – Conceptualisation, analyse des résultats, rédaction

**Odile ROHMER** – Conceptualisation, méthodologie, rédaction, supervision

## ***RECHERCHES EMPIRIQUES*** ***EMPIRICAL STUDIES***

### ***Titre court : AMÉLIORER LE RETOUR AU TRAVAIL APRES UN CANCER***

## **AMÉLIORER LE RETOUR AU TRAVAIL APRÈS UN CANCER : MISE EN PLACE ET ÉVALUATION D'UNE ACTION DE SENSIBILISATION DES ENTREPRISES**

PAR/BY JULIE DAUL<sup>13,14</sup>, VALERIAN BOUDJEMADI<sup>1</sup> ET ODILE ROHMER<sup>1</sup>

### **SUMMARY**

#### **IMPROVE RETURN-TO-WORK AFTER CANCER: EVALUATION OF AN AWARENESS-RAISING PROGRAM FOR COMPANIES**

Nowadays, returning to work following a diagnosis of cancer is a main concern in France. Cancer survivors experience difficulties in returning to work. Furthermore, employers may encounter challenges, such as limited knowledge about cancer, feelings of uselessness and powerlessness in this situation, and uncertainty about how to provide support. However, few studies have focused on the origins of employers' difficulties in this area. Past research in social psychology suggests that three factors may be responsible for these challenges: misconceptions regarding cancer, anxiety, and a lack of self-efficacy. This study aims to measure these difficulties and assess how an awareness-raising program can reduce them.

Volunteer employers registered for an awareness-raising program, delivered by the French League against cancer, on returning to work following a diagnosis of cancer, specifically designed to support them in this process. To assess the awareness-raising program, we employed both qualitative and quantitative methods. We used qualitative methods to highlight beliefs through social representations of cancer. Quantitative questionnaires assessed anxiety and self-efficacy when facing cancer survivors. We conducted these three measures before and after the awareness-raising program. Finally, we measured the program's effectiveness six months later using inclusive behavioral indicators.

Our results showed positive improvements in the three indicators of interest following the awareness-raising program. The social representation of cancer included more notions of support, help and listening. Employers reported feeling less anxious facing cancer survivors and had a higher sense of self-efficacy to support and handle these situations of returning to work.

Additionally, the data revealed, six months later, a pattern of supportive behaviors during the return-to-work process, such as being more empathic and having a higher quality of contact with cancer survivors or involving them to co-construct their return to work. These findings

---

<sup>13</sup> Faculté de Psychologie, Laboratoire de Psychologie des Cognitions (LPC UR4440), Université de Strasbourg, 12 rue Goethe, 67000 Strasbourg - julie.daul2@etu.unistra.fr (auteur correspondant), boudjemadi@unistra.fr, rohmer@unistra.fr

<sup>14</sup> Comité du Bas-Rhin de la Ligue contre le cancer, 22 avenue de la paix Simone Veil, 67000 Strasbourg

highlight the positive impact of awareness-raising program that consider employers' challenges when confronting with unfamiliar and demanding situations.

*KEYWORDS:* cancer, return-to-work, difficulties, employer, intervention.

## RÉSUMÉ EN FRANÇAIS

Le retour au travail après un cancer est une préoccupation majeure en France. Des freins sont exprimés par les personnes malades, mais aussi par les employeurs souvent démunis face à cette situation. Or, peu d'études se sont focalisées sur l'origine des difficultés des employeurs à ce sujet. En s'appuyant sur la littérature en psychologie sociale, trois facteurs ont été identifiés comme étant à l'origine de ces difficultés : les croyances erronées vis-à-vis du cancer, l'anxiété générée par ce dernier, et le sentiment d'efficacité personnelle défaillant. Cette étude a pour but de mesurer ces difficultés et d'évaluer comment une action de sensibilisation permet de les diminuer.

Des employeurs volontaires se sont inscrits à une action de sensibilisation sur le retour au travail après un cancer, spécifiquement mise en place pour les accompagner dans ce processus. Avant et après cette action de sensibilisation, les croyances ont été qualitativement mises en évidence, à travers les représentations sociales sur le cancer. Des questionnaires ont également permis de mesurer l'anxiété et le sentiment d'efficacité personnelle face à un employé malade de cancer. Enfin, l'efficacité du dispositif a été évaluée au bout de six mois à travers des indicateurs comportementaux d'inclusion.

Les résultats montrent des changements positifs sur les trois facteurs d'intérêt, après l'action de sensibilisation. Le recueil sur le terrain montre également des comportements d'aide au retour au travail. Ces résultats mettent en évidence l'effet positif d'actions de sensibilisation, répondant spécifiquement aux difficultés exprimées par les employeurs face à des situations mal connues et anxiogènes.

*MOTS-CLES :* cancer, retour au travail, difficultés, employeurs, sensibilisation.

## I. INTRODUCTION

La problématique du retour au travail des personnes atteintes de cancer est une préoccupation sociétale majeure. Chaque année, en France, 382 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués, dont environ 40% représentent des personnes en activité professionnelle (Defossez et al., 2019). Les répercussions du cancer créent alors des difficultés qui jalonnent le parcours de la reprise d'emploi (de Boer et al., 2009 ; INCa, 2018 ; Stergiou-Kita et al., 2016). Si la majorité des obstacles à surmonter dans le cadre du retour au travail est exprimée par les personnes malades, les employeurs peuvent également faire part de difficultés dans la gestion de celui-ci. La première catégorie de difficultés repose sur la méconnaissance de la maladie. Cette méconnaissance se traduit à travers des croyances erronées vis-à-vis du cancer et nécessite une information ciblée (Taillandier-Schmitt & Michinov, 2015 ; Tamminga et al., 2019). En effet, les employeurs reconnaissent ne savoir que peu de choses sur le cancer ; ce manque de connaissances concerne le parcours, les effets secondaires des traitements, mais également les dispositifs de retour au travail (Greidanus et al., 2018 ; Tamminga et al., 2019), ou encore l'employabilité des personnes malades. Ainsi, les employeurs ont plus tendance à penser que le cancer aura un impact négatif plus important sur le retour au travail que ne le pensent les personnes concernées (Grunfeld et al., 2010). Liées au manque de connaissances, les difficultés d'accompagnement des salariés en reprise d'emploi après un cancer reposent aussi sur les ressentis affectifs autour de la maladie et la peur de la mort (Marie et al., 2010 ; Stergiou-Kita et al., 2016). Au-delà de ces peurs très générales, les employeurs expriment un sentiment de malaise, une certaine appréhension de mal faire ou encore le fait d'être impuissant si le retour au travail ne se passait pas dans de bonnes conditions (Greidanus et al., 2018 ; Viseux et al., 2022). Ces ressentis affectifs comportent le risque que les employeurs ne sachent

pas apporter les bonnes réponses en cas de situation problématique (Viseux et al., 2022). Logiquement, des croyances erronées et des craintes liées au retour de l'employé entraînent un sentiment d'incompétence des employeurs pour gérer ces situations non familières (Greidanus et al., 2018 ; Tamminga et al., 2019 ; Viseux et al., 2022). Malheureusement, ce sentiment de ne pas être compétent risque d'augmenter la perception des difficultés liées au retour au travail des employés après un cancer (Petersen et al., 2019).

L'objectif de cette recherche est donc de rendre compte de ces aspects clés (croyances, anxiété, sentiment de compétence) et comment une action de sensibilisation permettant d'améliorer les connaissances des employeurs sur le cancer et le retour au travail, les rassurer sur les implications de cette maladie et restaurer leur sentiment de compétence peut orienter positivement ces aspects. Cette recherche s'inscrit dans la lignée de modalités d'interventions actuellement développées qui considèrent qu'un retour au travail réussi nécessite de prendre en compte l'employeur et l'environnement de travail (Islam et al., 2014). Nous pouvons par exemple citer le projet REWORK-BC dont l'objectif est de proposer un modèle conceptuel global du retour au travail après un cancer du sein, en identifiant les déterminants clés pour un processus réussi (Porro et al., 2022). Trente et un déterminants ont été retenus par un consensus d'experts. Ceux-ci concernent des éléments liés à la personne malade, tels que ses ressources individuelles (par exemple, ses capacités physiques et psychologiques), mais intègrent également des éléments liés au contexte de travail (par exemple, le soutien social perçu du manager) ou encore les marges de manœuvre envisageables pour aménager l'activité.

Ainsi, ces interventions pluridisciplinaires ne sont plus uniquement focalisées sur des déterminants inhérents à la personne malade, mais prennent de plus en plus en compte la globalité du parcours. Ces approches très globales présentent l'avantage de mieux cerner les prédicteurs du retour au travail. Dans la lignée de ces travaux, notre ambition est ici de montrer plus spécifiquement comment la sensibilisation des employeurs à la maladie et aux solutions pour retrouver une vie professionnelle harmonieuse peut être un des éléments clés d'un retour au travail réussi. Pour ce faire, nous proposons de mettre en évidence dans quelle mesure une sensibilisation construite sur des modèles théoriques de psychologie sociale permet de tenir compte des difficultés spécifiques des employeurs et d'aider à réduire ces difficultés (Bandura & Locke, 2003 ; Moscovici, 2001 ; Stephan, 2014).

Afin de tester si l'action de sensibilisation proposée est en mesure de lutter contre les croyances, nous avons mobilisé le concept de représentations sociales liées à la maladie. Les représentations constituent une « grille de lecture » du degré de connaissances sur des phénomènes de société, permettant d'orienter nos comportements ou justifier nos prises de positions a posteriori (Abric, 1994b). Ainsi, les représentations liées au cancer peuvent être à l'origine des difficultés exprimées par les employeurs. Le deuxième concept mobilisé repose sur l'anxiété générée par le cancer, dans la mesure où ce ressenti guide autant notre façon de communiquer avec les autres que nos comportements (Stephan et al., 2009). Cette anxiété pourrait refléter les ressentis, les peurs et plus globalement le malaise exprimé par les employeurs. Enfin, le troisième concept mobilisé pour rendre compte de la plus-value de notre action de sensibilisation concerne le sentiment d'efficacité personnelle, dans la mesure où une large littérature témoigne de son impact sur la capacité des individus à s'engager dans un processus et les réactions face aux difficultés à dépasser (Bandura, 1977). Se sentir plus ou moins compétent peut traduire le sentiment d'impuissance exprimé par certains employeurs (Tiedtke et al., 2012, 2014 ; Viseux et al., 2022). Ainsi, en convoquant ces trois concepts, notre objectif est de rendre compte des dynamiques auxquelles font face les employeurs et la capacité d'une action de sensibilisation ciblée à orienter positivement cette dynamique. Nous entendons ici la notion d'employeur comme étant les professionnels d'entreprises ayant une fonction de management ou d'accompagnement du personnel.

## I.1 LES REPRESENTATIONS SOCIALES LIEES AU CANCER

Lorsque le mot « cancer » est prononcé au cours d'un échange ou d'une discussion, un flot d'images et de croyances font irruption dans notre esprit. Des enquêtes d'opinions de la population française ont été menées pour explorer l'image de la maladie. Il en ressort globalement que le cancer est associé aux notions de maladie grave qui n'épargne personne et de peur liée à la perception d'une issue fatale (Foucaud et al., 2015). Au-delà des enquêtes d'opinions, la psychologie sociale dispose d'un modèle théorique validé opérationnellement, permettant de mieux comprendre la représentation d'un objet par un groupe de personnes et ses conséquences en termes d'orientation des comportements. Ce modèle, largement mis à l'épreuve depuis plusieurs décennies, est celui des représentations sociales (Moscovici, 1961).

Les représentations sociales sont un ensemble d'éléments cognitifs interconnectés (croyances, connaissances et ressentis affectifs) organisés sous la forme d'un système de pensées, au sujet d'un objet en particulier (Flament & Rouquette, 2003). Cette forme de connaissance particulière est qualifiée de savoir « naïf » : sa vocation n'est pas d'être objective ou « vraie », mais de représenter « la réalité de sens commun » à un moment donné (Abric, 1994a). Les représentations sont organisées sous forme de deux systèmes complémentaires : le premier, le système central, est constitué d'éléments reflétant l'imaginaire social collectif et le deuxième, le système périphérique, reflète les éléments issus des expériences individuelles (Abric, 1994b). Cette réalité est élaborée et socialement partagée par un même groupe. Elle se transmet par la communication et évolue en fonction des questionnements du groupe. In fine, elle permet également aux individus d'orienter leurs comportements, d'agir en fonction de ces représentations ou de justifier leurs prises de positions a posteriori (Abric, 1994a). Ainsi, s'intéresser à la représentation du cancer permet de mieux comprendre le sens donné à cet événement et la place qu'occupe cette maladie dans une population particulière (ici, les employeurs français). La représentation du cancer traduit donc les connaissances et croyances des individus.

Quelques études ont été menées sur les représentations sociales du cancer (Agustina et al., 2018 ; Foucaud et al., 2015 ; Marie et al., 2010). En particulier, celles conduites auprès des personnes elles-mêmes malades indiquent des résultats assez proches de ceux révélés chez des spécialistes du cancer (Marie et al., 2010) ou encore auprès de personnes n'ayant a priori pas d'expérience spécifique de la maladie (Agustina et al., 2018). Deux termes semblent être centraux dans la représentation : le premier concerne le fait de faire face à la « mort », telle une issue fatale de la maladie. Le deuxième renvoie au domaine « médical », notamment avec l'allusion à la chimiothérapie et, dans une moindre mesure, l'expression d'une « guérison » ou d'un « espoir » (Marie et al., 2010). À notre connaissance, aucune recherche ne témoigne de résultats spécifiques à la population des employeurs. La question de savoir si les données obtenues jusque-là auprès d'autres populations sont généralisables à notre population d'intérêt paraît importante dans la mesure où les représentations sociales sont définies comme une forme de connaissances qui guident les comportements (Moscovici, 2001). Comprendre comment les employeurs pensent et réagissent à l'idée du cancer pourra donner des clés pour expliquer la première catégorie de difficultés dont ils témoignent : celle concernant le manque de connaissances objectives, à mettre en lien avec des croyances erronées sur le cancer à forte valence négative (Greidanus et al., 2018 ; Grunfeld et al., 2010 ; Stergiou-Kita et al., 2016). Ainsi, une sur-représentation d'éléments négatifs dans la représentation des employeurs pourrait constituer un frein important pour accompagner le retour au travail. Faire émerger des composantes positives dans la représentation constitue un enjeu fort des actions de sensibilisation à l'égard des employeurs.

## I.2 L'ANXIETE GENERE PAR LE CANCER

La littérature s'intéressant aux attitudes et comportements de mise à distance des personnes présentant des maladies graves montre l'importance de prendre en considération les réactions de peur suscitées par ces maladies (Dijker & Raeijmaekers, 1999). Afin d'illustrer le poids des appréhensions liées à certaines maladies, nous pouvons utiliser l'exemple des individus touchés par le VIH, pathologie bien renseignée par la littérature (par exemple, Paudel & Baral, 2015). Ces travaux montrent que les individus ont des ressentis affectifs négatifs à l'égard des personnes porteuses de ce virus et qu'ils évoquent majoritairement de la peur, du dégoût et de l'anxiété, menant à des attitudes négatives (Berrenberg et al., 2002), ou comportements discriminatoires (Masoudnia, 2015). Ainsi, avoir un collègue de travail touché par le VIH peut créer un sentiment de malaise et mener à un isolement social se traduisant par une non-interaction avec cette personne (Varas-Diaz et al., 2005).

Cette appréhension de l'anticipation d'un contact désagréable ou représentant une menace avec des individus appartenant à certaines minorités est un phénomène étudié en psychologie sociale en s'adossant au modèle théorique de la menace intergroupe (Stephan et al., 2009). Celui-ci stipule que dans le cadre de nos interactions quotidiennes avec autrui, nous évaluons dans quelle mesure ces derniers peuvent représenter une menace. Cette menace peut être de deux formes : réaliste (par exemple, une menace de contagion) ou symbolique (par exemple, une menace envers l'image de soi). La menace n'a pas besoin d'être réelle pour exister : la simple représentation d'une menace peut avoir des conséquences psychologiques négatives (Stephan et al., 2002). Dans ce modèle, l'anxiété intergroupe est un déterminant puissant de la perception de menace (Stephan et al., 2009). L'anxiété intergroupe représente un sentiment ambivalent de gêne, d'inconfort et de peur de se retrouver face à des individus qui appartiennent à des groupes sociaux qui éveillent un sentiment de danger (Aubé et al., 2022 ; Stephan & Stephan, 1985). De plus, elle constitue un facteur explicatif clé de la difficulté à communiquer efficacement avec les autres et donc à interagir efficacement avec eux (Stephan et al., 1999, 2009).

De façon cohérente avec ce modèle, l'anxiété générée par le cancer pourrait expliquer certaines difficultés exprimées par les employeurs, en particulier celles concernant la peur de mal faire (Greidanus et al., 2018 ; Viseux et al., 2022). L'idée d'interagir avec une personne touchée par un cancer peut générer cette anxiété (Berrenberg et al., 2002 ; Taillandier-Schmitt & Michinov, 2015) et mener à des attitudes négatives ou un sentiment d'impuissance vis-à-vis de ces situations (Tiedtke et al., 2012, 2014 ; Viseux et al., 2022), constituant ainsi un deuxième frein important pour accompagner le retour au travail. Pouvoir diminuer l'anxiété générée constitue ainsi un enjeu complémentaire important des actions de sensibilisation à l'égard des employeurs.

## I.3 LE SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE

Une large littérature indique le rôle protecteur du sentiment d'efficacité personnelle pour faire face aux situations professionnelles complexes. Par exemple, une méta-analyse récente fait preuve du lien entre le sentiment d'efficacité personnelle des enseignants et leurs capacités à accepter des élèves à besoins éducatifs particuliers au sein de leur classe (Yada et al., 2022). Dans cette logique, de récentes études suggèrent d'examiner le sentiment d'efficacité personnelle comme une ressource importante du retour au travail pour les personnes malades (Duijts et al., 2017 ; Porro et al., 2020). De fait, ces mêmes personnes regrettent que les employeurs ne sachent pas gérer correctement leur situation particulière qui génèrent des besoins spécifiques (Tamminga et al., 2019 ; Yarker et al., 2010). En conséquence, la question de l'efficacité perçue semble cruciale à questionner du côté des employeurs. Ce sentiment

d'avoir les capacités de gérer son travail ou une tâche précise est désigné en psychologie sociale par la notion de sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 1994). Le sentiment d'efficacité personnelle représente l'ensemble des croyances d'un individu à propos de ses capacités lui permettant d'atteindre un objectif. Celui-ci contribue à motiver le choix des tâches à exécuter, de son investissement dans l'atteinte d'objectifs, la persistance de son effort, et les réactions émotionnelles éprouvées face à des difficultés (Bandura, 1994). Sans doute aucun, le retour au travail d'un employé, arrêté pour une absence de longue durée, est un des objectifs managériaux qui sollicite le besoin d'auto-efficacité pour se montrer à la hauteur de la situation. L'employeur est la clé de voûte opérationnelle dans l'organisation et la réussite du retour au travail (Islam et al., 2014). En ce sens, examiner le sentiment d'efficacité personnelle nous semble pertinent pour rendre compte des difficultés dont les employeurs témoignent : c'est-à-dire celle concernant leur manque de confiance en eux-mêmes, dans la gestion de ces situations (Greidanus et al., 2018 ; Tamminga et al., 2019). Un employeur vivant le retour au travail d'un employé malade de cancer avec des connaissances insuffisantes et de l'anxiété peut être amené à douter de sa propre efficacité à accompagner un employé. Il pourrait avoir plus de difficultés à mettre en place ces différents dispositifs, avec le risque de se sentir impuissant et renoncer face à l'ampleur de la tâche. Un sentiment d'efficacité personnelle insuffisant conduit à des situations alarmantes, largement repérées dans la littérature (Shoji et al., 2016). Cela constitue ainsi le troisième frein pour accompagner ce retour au travail. Pouvoir améliorer le sentiment d'efficacité personnelle constitue le dernier enjeu clé des actions de sensibilisation à l'égard des employeurs.

En conclusion, ces trois freins que représentent les représentations sociales, l'anxiété et le sentiment d'efficacité personnelle constituent les trois enjeux clé mobilisés dans le cadre des actions de sensibilisation.

#### I.4 CONTEXTE DE L'ETUDE

Cette étude a été initiée dans le cadre de la mission de la Ligue contre le cancer du Bas-Rhin visant à favoriser le retour au travail des personnes malades. Elle s'est formalisée sur la base des demandes des employeurs ou des responsables des ressources humaines exprimant des difficultés liées à un manque de connaissances et à des craintes de ne pas savoir faire face. Face à cette demande, la Ligue contre le cancer du Bas-Rhin a proposé la mise en place d'actions de sensibilisation. Pour que ces actions soient efficaces, une première étape a été de vérifier qualitativement et quantitativement les difficultés des employeurs en se basant sur des théories et outils issus de la psychologie sociale : les représentations sociales, l'anxiété générée par le cancer et le sentiment d'auto-efficacité pour faire face à cette situation. La deuxième étape a été de construire une action de sensibilisation susceptible de répondre à ces difficultés. La dernière étape a été de vérifier la plus-value de cette action.

L'action de sensibilisation sur le thème « Accompagner un collaborateur atteint de cancer » a été développée par la Ligue contre le cancer du Bas-Rhin dans le cadre de son programme plus large « Lig'Entreprises engagées contre le cancer ». Au travers de conférences, d'animations ou d'actions de sensibilisation, l'objectif global du programme est de lever les tabous sur cette maladie et de favoriser le retour au travail de ces employés, pour toutes les entreprises du département. Dans le cadre de cette étude, nous nous intéressons uniquement à l'action de sensibilisation évoquée précédemment.

Les actions de sensibilisation sont des dispositifs mis en place fréquemment en entreprises qui portent sur des sujets de conditions et qualité de vie au travail. Pourtant, peu de ces actions sont évaluées de manière expérimentale (Paluck & Green, 2009). C'est pourquoi, un programme d'évaluation de cette action a été mis en place selon le modèle d'évaluation le plus utilisé dans le cadre de la formation (Beech & Leather, 2006 ; Kirkpatrick & Kirkpatrick,

2006). La première étape de cette évaluation consiste à mesurer le niveau « d'apprentissage » des participants. Il s'agit ici, au-delà de la réaction ou satisfaction à chaud, de mesurer ce qui a été acquis et appris par les participants sur les trois dimensions d'intérêt : une évolution des représentations, une diminution de l'anxiété et un sentiment d'efficacité personnelle le plus positif. Afin de rendre compte d'une évolution, il est recommandé de réaliser cette mesure d'efficacité du dispositif avant et après les actions mises en place (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006). Une étape complémentaire consiste à mesurer les changements au niveau des « comportements ». À ce niveau, il s'agit de comprendre comment les apprentissages sont transférés et mis en œuvre dans l'environnement de travail (Beech & Leather, 2006). Ainsi, l'efficacité de l'action de sensibilisation sera mise en relation avec les pratiques professionnelles adoptées à plus long terme.

## II. HYPOTHÈSES ET OBJECTIFS

Notre premier objectif est d'analyser la structure de la représentation sociale des professionnels des ressources humaines, vis-à-vis du cancer. Nous faisons l'hypothèse qu'avant l'action (H1a), le cancer est associé à des représentations négatives comme en témoignent d'autres études. Nous nous attendons ainsi à retrouver dans la représentation des éléments relatifs à la mort, la souffrance ou la chimiothérapie (Agustina et al., 2018 ; Marie et al., 2010). Après l'action de sensibilisation, nous attendons une évolution de la représentation avec l'apparition de nouveaux éléments en lien avec les dispositifs d'aide, le soutien ou l'écoute, qui sont des notions communiquées et travaillées lors de l'action (H1b). En effet, la pratique et la communication sont considérées comme l'un des leviers d'évolution des représentations sociales (Moliner, 2001). C'est donc au travers des nouvelles connaissances et pratiques intégrées lors de l'action, que celles-ci viendraient enrichir, voire remplacer les connaissances déjà présentes et faire évoluer la représentation du cancer. Nous nous attendons à observer ces changements en lien avec le système périphérique, en raison de son accessibilité et de sa souplesse à travers des expériences nouvelles (Abric, 1994a). L'intégration de la nouveauté suite à l'évolution de contexte est l'une des fonctions du système périphérique alors que le système central est plus résistant aux changements.

Le deuxième objectif est d'analyser l'anxiété ressentie par les employeurs. L'anxiété est, d'une part, présente face à des personnes touchées par un cancer (Berrenberg et al., 2002) et, d'autre part, également liée à la crainte de ne pas savoir faire (Tiedtke et al., 2012, 2014). Nous faisons l'hypothèse d'un niveau d'anxiété initial élevé avant l'action de sensibilisation (H2a). Grâce à une sensibilisation visant le développement de connaissances sur la maladie et d'outils pour accompagner le retour au travail, nous nous attendons à observer un score d'anxiété plus faible après l'action qu'avant (H2b) (Taillandier-Schmitt & Michinov, 2015).

Le troisième objectif est d'analyser le sentiment d'efficacité personnelle des employeurs. Nous faisons l'hypothèse d'un sentiment d'efficacité personnelle plus faible avant l'action (H3a) qu'après l'action (H3b). Selon Bandura (1977), il existe plusieurs sources d'évolution du sentiment d'efficacité personnelle pris en compte dans l'action de sensibilisation qui va, par exemple, faciliter l'apprentissage social au travers des échanges entre des participants de même fonction, et en même temps offrir l'opportunité de mieux gérer ses états émotionnels.

Enfin, le dernier objectif concerne la mise en action des connaissances développées, d'une moindre anxiété et d'un meilleur sentiment d'efficacité personnelle, à travers l'adoption de pratiques professionnelles vertueuses à moyen-terme (H4). Nous nous attendons à voir émerger, dans la continuité, des comportements d'aide et d'inclusion pour le retour au travail des employés malades dans les pratiques professionnelles de nos participants.

### III.METHODE

#### III.1 PROCEDURE

L'action de sensibilisation « Accompagner un collaborateur atteint de cancer » déployée par la Ligue contre le cancer du Bas-Rhin a été construite en se basant sur deux piliers susceptibles de soutenir les difficultés dans le cadre d'actions de sensibilisation. Le premier pilier repose sur une meilleure connaissance de la maladie et une prise de conscience de ses propres croyances. En effet, des programmes de formation incluant un apport de connaissances et une sensibilisation des soignants sur les croyances négatives et/ou positives sur la maladie mentale ont amélioré l'empathie des soignants et la relation soigné-soignant (Corrigan & Watson, 2002 ; Lancelot et al., 2009). Les mêmes résultats sont obtenus auprès des enseignants pour faciliter l'inclusion des élèves en situation de handicap (Vieira et al., 2024). Appliquée au cancer, l'action de sensibilisation inclut par exemple, les connaissances sur les étapes du parcours, les effets secondaires et leur impact sur le retour au travail des employés malades. Le deuxième pilier mobilisé est de rendre moins anxiogène le contact avec des personnes malades du cancer. Pour ce faire, le contact imaginé, à travers la lecture d'un récit de vie ou le visionnage d'une vidéo, a été utilisé. Le contact imaginé a fait l'objet d'études qui mettent en avant son efficacité pour réduire les croyances et attitudes négatives, ainsi que l'amélioration des comportements prosociaux envers le groupe concerné (Crisp & Turner, 2009 ; West et al., 2015). Dans le cadre du programme développé ici, il s'agit de proposer aux participants des témoignages-vidéo de personnes malades ou des exemples de verbatims qui permettent dans une certaine mesure d'avoir un cadre de référence adapté pour comprendre ces personnes. Les deux piliers de la sensibilisation reposent donc sur le développement de connaissances et la réduction de l'anxiété, pour permettre aux participants de se sentir plus efficaces dans ce processus à son issue.

Les participants qui se sont inscrits à cette action ont été informés en amont de la possibilité de participer à une étude visant à « évaluer l'impact de l'action de sensibilisation dans le but d'une évolution et amélioration constante du dispositif ». Les participants volontaires ont rempli un premier questionnaire « de préparation à la sensibilisation » présenté comme permettant d'apprendre à mieux les connaître. Cette consigne assez générale a permis de ne pas rendre trop explicite nos mesures. Le questionnaire se découpait en trois parties. La première partie permettait de faire émerger la représentation sociale du cancer des participants. La deuxième partie permettait de mesurer l'anxiété et le sentiment d'efficacité personnelle. Enfin, la dernière partie recueillait les données sociodémographiques telles que l'âge, le genre et vérifiait que chaque participant était volontaire pour s'engager dans le processus d'évaluation du dispositif. Ce premier temps de mesure est nommé *t1* dans la suite de cette étude.

Les participants ont ensuite participé à l'action de sensibilisation sur une durée d'une journée ; à l'issue de celle-ci, ils ont rempli un questionnaire « de suite à la sensibilisation » en tout point identique à celui proposé en *t1*, permettant de mesurer l'évolution entre les deux temps. Ce deuxième temps de mesure est nommé *t2* dans la suite de cette étude. Enfin, six mois après l'action de sensibilisation, les participants volontaires ont pris part à un dernier entretien visant à mieux appréhender l'impact de l'action de sensibilisation sur leurs pratiques professionnelles. Cette mesure est nommée *t3* dans la suite de cette étude. La méthodologie étant la même pour toutes les sessions, cela nous permet de présenter les résultats issus de 22 sessions, organisées depuis 2017. Parmi l'ensemble des réponses obtenues, nous n'avons inclus dans cette étude que les participants ayant répondu aux questionnaires en *t1* et en *t2* ( $N_{représentation} = 31$ ,  $N_{anxiété} = 22$  et  $N_{sentiment\ efficacité} = 31$ ). En ce qui concerne *t3*, nous avons inclus tous les participants ayant répondu à l'entretien ( $N = 16$ ).

## III.2 POPULATION

Cent vingt-six professionnels des ressources humaines, âgés de 25 à 62 ans ( $M_{\text{âge}} = 45,5$  ans,  $ET_{\text{âge}} = 9,31$ ), 74 femmes et 52 hommes, tous français de langue maternelle et issus de secteurs d'activités privé, public ou institutionnel, ont participé à cette action de sensibilisation. Dans cette population, on retrouve des managers, des directeurs des ressources humaines, des encadrants ou des accompagnants des services de santé au travail ou des ressources humaines. Tous les participants se sont vus garantir leur anonymat et le respect de la confidentialité.

## III.3 MATERIEL

### III.3.A. Représentation sociale du cancer

Afin de mesurer la représentation sociale, nous avons utilisé une tâche qualitative, d'association verbale classiquement utilisée dans ce champ d'étude (Galli et al., 2010 ; Laurain et al., 2018 ; Verges, 1992). Les participants devaient répondre librement à la question : « Quels sont les mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit quand on évoque le mot « cancer » ? ». Cinq encadrés étaient proposés permettant de noter un à cinq mots associés avec le terme de cancer. Dans un second temps, il leur était demandé d'expliciter le sens donné aux différents termes cités afin de bien comprendre les évocations et de permettre leur regroupement catégoriel (Piermattéo et al., 2014). Cette mesure a été réalisée en  $t1$  et en  $t2$ .

### III.3.B. L'anxiété intergroupe

Cette mesure quantitative a été réalisée à partir de l'échelle de mesure de l'anxiété intergroupe (Stephan et al., 1999) adaptée à la question du cancer (Berrenberg et al., 2002), dans sa version validée auprès d'une population francophone par Taillandier-Schmitt et Michinov (2015). Les participants devaient indiquer leurs sentiments à l'égard des personnes atteintes d'un cancer, grâce à une série de 11 items (par exemple, « Face à un collaborateur touché par un cancer, je me sentirais craintif »). Les réponses étaient données sur une échelle de type Likert en 10 points, allant de 1 (pas du tout ressenti) à 10 (extrêmement ressenti). Plus le score était élevé, plus l'anxiété intergroupe était présente face à un malade du cancer. Cette mesure a, elle aussi, été réalisée en  $t1$  et en  $t2$ , nous avons donc calculé deux scores moyens. Les analyses préliminaires ont indiqué une très bonne cohérence interne de l'échelle tout aussi bien en  $t1$  qu'en  $t2$  (alpha de Cronbach :  $\alpha_{t1} = .82$  ;  $\alpha_{t2} = .94$ ).

### III.3.C. Le sentiment d'efficacité personnelle

Cette mesure quantitative a été réalisée grâce à l'échelle de mesure du sentiment d'auto-efficacité élaborée et validée auprès d'une population francophone par Follenfant et Meyer (2003). Cette échelle permet une mesure unidimensionnelle du sentiment d'efficacité personnelle dans le domaine professionnel. Les participants devaient exprimer leur ressenti vis-à-vis de leurs compétences à gérer 10 situations de travail (par exemple, « Grâce à mes compétences, je sais gérer des situations professionnelles inattendues »). Les réponses étaient données sur une échelle de type Likert en 4 points, allant de 1 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord). Plus le score était élevé, plus les participants se sentaient compétents dans leur travail. Cette mesure a également été réalisée en  $t1$  et en  $t2$  et les alphas de Cronbach sont, là aussi, très satisfaisants ( $\alpha_{t1} = .86$  ;  $\alpha_{t2} = .78$ ). Dans ce cadre, nous avons calculé deux scores : le premier correspondant au score avant l'action et le deuxième correspondant au score après

l'action de sensibilisation. Chaque score était composé d'une addition des scores à chaque item.

### III.3.D. Les pratiques professionnelles à long-terme

Afin d'évaluer les pratiques professionnelles à long-terme, une grille d'entretien a été créée, sur la base de plusieurs travaux explorant la question du transfert des apprentissages d'une formation vers le lieu de travail (Diamantidis & Chatzoglou, 2014 ; Faulx & Danse, 2016). Il s'agit de permettre aux participants de développer plusieurs métacognitions : la première porte sur les dynamiques d'apprentissage et l'acquisition de nouvelles connaissances ; la seconde concerne la manière dont ces apprentissages peuvent avoir un impact sur l'évolution des comportements au travail (Faulx & Danse, 2016). Les participants prenaient part à un entretien qualitatif semi-directif d'environ 45 minutes en *t3*. Avec leur accord explicite, nous enregistrons l'entretien afin de pouvoir le retranscrire par la suite. Quatre catégories de thématiques ont été abordées durant l'entretien ; elles portaient sur les impacts généraux de l'action de sensibilisation, la gestion de l'équipe vis-à-vis de la maladie, la gestion de l'employé malade et les impacts transversaux. Des exemples de questions ouvertes posées durant l'entretien sont regroupés dans le Tableau 1.

Tableau 1. Thématiques abordées et exemple d'items utilisés dans le cadre des entretiens semi-directifs menés.  
*Table 1. Topics and a sample of items used in semi-structured interviews.*

Thématiques	Exemples d'items
Impacts généraux de l'action de sensibilisation	Pourriez-vous nous expliquer dans quelle mesure, la sensibilisation a pu apporter un plus à vos pratiques professionnelles ?
Gestion de l'équipe vis-à-vis de la maladie	Pourriez-vous essayer de nous expliquer dans quelle mesure la sensibilisation a pu avoir un effet sur votre façon de gérer votre équipe ?
Gestion de l'employé malade	Avez-vous l'impression de gérer différemment le retour au travail des employés ?
Impacts transversaux	Accepteriez-vous de nous expliquer dans quelle mesure la sensibilisation a pu avoir un impact sur d'autres domaines que celui spécifique de votre travail ?

## IV. RESULTATS

Toutes les données sont accessibles sur Open Science Framework : <https://osf.io/a4f9h/>

### IV.1 REPRESENTATION SOCIALE DU CANCER

Afin de comparer nos résultats concernant les représentations sociales, nous avons mené deux analyses prototypiques : une en *t1* et une en *t2* (Verges, 1992). Chaque mot exprimé en lien avec le mot inducteur « cancer », par au moins un participant, s'est vu attribuer une fréquence (le nombre de fois où le mot a été cité par l'ensemble des participants), ainsi qu'un rang d'apparition (position moyenne de l'évocation du mot parmi l'ensemble des évocations). Le croisement de ces deux critères permet d'obtenir un tableau à double entrée (fréquence/rang) et d'identifier le noyau central et les zones périphériques de la représentation (Verges, 1992). Les mots combinant une fréquence élevée et un rang faible représentent les

éléments prototypiques de la représentation : ils sont liés et partagés par tout le groupe interrogé et constituent le système central. Les mots combinant une fréquence faible et un rang élevé constituent le système périphérique, qui reflète des évocations peu présentes et peu importantes. Enfin, les mots combinant soient une fréquence élevée et un rang élevé, ou une fréquence faible et un rang faible représentent des zones de changement. Les évocations ici regroupées peuvent ainsi évoluer vers l'un des deux systèmes.

Au total, sur l'ensemble des participants ( $N = 31$ ), 133 associations verbales ont été recueillies en  $t1$  et 132 en  $t2$ . Ces corpus de mots ont tout d'abord été simplifiés grâce à un regroupement catégoriel nous menant à 22 notions évoquées en  $t1$  et 23 en  $t2$  (Verges, 1992). Le Tableau 2 présente les mots évoqués dans le cadre de la représentation sociale du cancer après regroupement catégoriel en  $t1$  et en  $t2$ . Chaque mot a été classé en fonction de sa fréquence et de son rang d'apparition. La fréquence de chaque mot est exprimée entre parenthèses.

En  $t1$ , l'analyse met en lumière une représentation sociale du cancer où les mots « mort » et « maladie » sont centraux avec une fréquence élevée et un rang d'apparition faible. D'autres termes y sont adjacents : ceux-ci concernent, par exemple, le vécu du malade (par exemple, souffrance, soutien). Dans les zones de changement, les termes évoqués représentent la combativité face aux traitements (par exemple, combat), ainsi que des éléments affectifs (par exemple, peur, pourquoi ?). Au niveau du système périphérique, les termes attribués au cancer sont notamment de l'ordre du médical et des effets secondaires (par exemple, tumeur, perte de cheveux).

En  $t2$ , l'analyse montre que des mots tels que « mort », « maladie » ou inhérents au vécu du malade sont encore centraux dans la représentation. Par contre, nous observons l'émergence de nouveaux termes comme « accompagnement » dans le système central, ou encore d'autres concernant « l'espoir », l'aide pouvant être apportée au malade (par exemple, dispositifs, entourage), ou « l'empathie » dans les zones de changement. Au niveau du système périphérique, on remarque également une évolution : les termes associés sont plus axés sur la « tristesse » ou la « précarité ». En résumé, nous avons mis en évidence des éléments centraux de la représentation sociale du cancer en  $t1$  qui se rapportaient à la mort, la maladie et à la souffrance (H1a), conformément aux études précédentes. Conformément à notre hypothèse (H1b), nous avons pu observer un changement de la représentation sociale en  $t2$  avec l'apparition de nouveaux éléments tels que le terme d'accompagnement. Certains nouveaux éléments apparaissent même dans le système central, ce qui n'était pas attendu, mais témoigne d'une conception nouvelle du cancer.

Tableau 2. Les différentes représentations sociales du cancer en  $t1$  et en  $t2$ .  
Table 2. Cancer's social representations at  $t1$  and  $t2$ .

	T1		T2	
	Rang d'apparition faible < 3	Rang d'apparition élevé	Rang d'apparition faible	Rang d'apparition élevé > 3
Fréquence élevée > 3,5	<b>Maladie (18)</b> <b>Mort (16)</b> Souffrance (9) Soutien (5)	Combat (13) Chimio (11)	<b>Accompagnement (20)</b> <b>Maladie (11)</b> Mort (5) Grave (5) Ecoute (5)	Dispositifs (9) Entourage (4) Espoir (6) Souffrance (7) Traitement (5) Fatigue (5)

	Galère (4)		Combat (4)	
	Grave (4)			
Fréquence faible	Espoir (3)	Fragile (3)	Reprise du travail (3)	Tristesse (3)
	Peur (3)	Tumeur (3)		Ligue (3)
	Hôpital (3)	Perte de cheveux (3)	Empathie (3)	Changement (3)
	Pourquoi (3)	Triple saloperie (2)	Chimio (2)	Précarité (3)
	Solitude (2)	Agressif (2)		Protocole (2)
	Soins lourds (2)	Accompagnement (2)		Sensibilisation (2)
		Injuste (2)		Post-soins (2)
		Métastase (2)		Vie (2)

#### IV.2 L'ANXIÉTÉ GÉNÉRÉE PAR LE CANCER

Afin de rendre compte de l'anxiété liée à la peur de la maladie, nous avons tout d'abord mené des analyses descriptives pour situer le niveau initial d'anxiété et son évolution. Pour permettre la comparaison entre nos scores en  $t1$  et en  $t2$ , nous avons utilisé des tests de rangs signés de Wilcoxon recommandés pour les petits échantillons, avec une distribution des réponses ne respectant pas le critère de normalité.

22 participants ont répondu aux deux questionnaires correspondant aux deux temps de mesure. La médiane de notre échantillon est de 5.77 en  $t1$  et de 4.14 en  $t2$ . Les scores d'anxiété intergroupe varient entre 2.55 et 7.36 pour la mesure en  $t1$  et entre 1.36 et 7.73 pour la mesure en  $t2$ . Par rapport au centre de l'échelle, les deux moyennes en  $t1$  ( $W = 191.5$ ,  $p < .03$ ) et en  $t2$  ( $W = 44.5$ ,  $p < .02$ ) diffèrent de manière significative. Ces premières vérifications nous permettent de conclure à l'existence de réponses à forte composante valencée. Notamment au fait que les participants présentent un niveau initial d'anxiété élevé en  $t1$ . La comparaison du niveau d'anxiété entre  $t2$  et  $t1$  montre une différence significative ( $W = 16$ ,  $p < .001$ ). Les participants se sentent moins anxieux après l'action ( $M = 4.12$ ,  $ET = 1.21$ ), qu'avant l'action ( $M = 5.57$ ,  $ET = 1.74$ ). Nos hypothèses concernant le niveau initial élevé d'anxiété (H2a) et sur la réduction de celle-ci suite à l'action de sensibilisation sont validées (H2b).

#### IV.3 LE SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE

Afin de tester nos hypothèses sur le sentiment d'efficacité personnelle, nous avons utilisé les mêmes analyses que celles précédemment utilisées pour l'anxiété générée par le cancer.

En ce qui concerne le sentiment d'efficacité personnelle, notre échantillon était composé de 31 participants. La médiane de notre échantillon est de 30.5 avant l'action et 32.3 après l'action. Les scores d'efficacité personnelle varient entre 20 et 37 pour la mesure  $t1$  et entre 25 et 40 pour la mesure  $t2$ . À nouveau, par rapport au centre de l'échelle, les deux moyennes en  $t1$  ( $W = 465$ ,  $p < .001$ ) et en  $t2$  ( $W = 496$ ,  $p < .001$ ) diffèrent de manière significative. À nouveau, ces vérifications nous permettent de conclure à des réponses valencées. Nous observons au niveau de la comparaison du sentiment d'efficacité personnelle l'apparition d'une différence significative entre  $t1$  et  $t2$  ( $W = 64$ ,  $p < .005$ ). Les participants jugent se sentir, de manière générale, plus efficaces dans leur travail après l'action ( $M = 32.3$ ,

$ET = 4.02$ ) qu'avant l'action ( $M = 30.5$ ,  $ET = 3.37$ ). Nous constatons donc une amélioration du sentiment d'efficacité personnelle après l'action (H3a et H3b).

#### IV.4 LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES A LONG-TERME

Pour mettre en évidence des changements au niveau de ces pratiques professionnelles, une analyse thématique de contenu (Bardin, 1998) a été menée sur les entretiens. Pour les participants ayant donné leur accord pour l'enregistrement de leur entretien, l'intégralité de leurs verbatims a été retranscrit en intégralité et concernent 6 entretiens sur les 16. Pour les autres, les verbatims principaux ont été pris en note par l'expérimentateur. Le but de cette analyse est de repérer les idées fondamentales et significatives exprimées dans le discours et de les regrouper en catégories. Chaque idée exprimée dans les réponses a été cotée et deux idées similaires ont été regroupées sous une même étiquette. Cette analyse a été réalisée par un expérimentateur puis réexaminée par un investigateur extérieur à l'équipe de recherche. L'analyse des 16 entretiens semi-directifs a permis de mettre en évidence deux évolutions principales : les savoir-être et les savoir-faire.

##### *IV.4.A. Thème 1 : les savoir-être*

Ce premier thème renvoie aux aptitudes à se comporter de manière adaptée dans un environnement professionnel. L'analyse révèle que majoritairement, les participants se perçoivent plus empathiques grâce à une meilleure connaissance du cancer et de ses répercussions. Derrière cette évolution transparait leur difficulté principale à trouver un équilibre entre différentes postures managériales : « Il faut écouter, mais derrière, il faut quand même faire marcher le reste de l'entreprise, donc il y a ces 2 casquettes. Le collaborateur qui va comprendre, entendre ... Mais il y a aussi la casquette du manager qui doit rester là. » (CR16)

Ainsi, cette évolution leur permet de trouver cet équilibre et vient rendre plus facile la manière de se positionner, de régir le dialogue : « Je lui demanderais ce qu'il ressent, comment il se sent, comment il le vit. J'évitais de dire des choses à sa place » (MA27). Cette évolution dans le contact avec les employés malades d'un cancer pourrait relever de la diminution de l'anxiété intergroupe observée après l'action de sensibilisation. En effet, l'anxiété intergroupe faisant partie intégrante de la difficulté à communiquer (Stephan et al., 1999), la diminution de celle-ci a pu permettre aux participants de mieux dialoguer avec leurs employés malades.

##### *IV.4.B. Thème 2 : les savoir-faire*

Ce deuxième thème renvoie quant à lui aux aptitudes techniques qui ont pu être développées. À nouveau, une évolution commune se dégage, celle d'impliquer l'employé malade comme acteur à part entière dans le cadre de son retour sur poste, une place proactive qui ne lui était pas forcément attribuée auparavant. Les participants identifient différents points clefs pour proposer un meilleur accompagnement. La communication vis-à-vis de la situation de l'employé malade en est un : « Ne pas cacher les choses ; les mettre sur la table de manière collective et dévoiler des choses ou pas, suivant ce que le malade ... va nous autoriser à dire » (CR16). On relève également l'évocation de la mise en place d'un aménagement de poste en accord avec les séquelles encore présentes, ainsi que la coordination avec d'autres partenaires, externes ou internes à l'entreprise, pour œuvrer à une meilleure prise en charge : « Je pense que j'aurais vite le réflexe de faire le lien au médecin du travail ..., pour tout de suite mettre les ressources autour de la personne ... Après, je pense que je poserais la question si la personne est suivie au niveau de la Ligue. » (PD08)

In fine, de façon intéressante, un certain nombre de participants relatent la transversalité de ces nouvelles pratiques professionnelles à d'autres domaines que celui du cancer : « On accueille et rencontre des agents qui ont différents types de pathologies ..., donc par extension de se servir de l'apport de cette formation » (MM18). Ainsi, au-delà de la thématique du cancer, les savoir-faire développés lors de cette action de sensibilisation sont réutilisés lors d'autres accompagnements au retour au travail (par exemple, dans le cas d'employés ayant subi un accident de la route). Cette évolution dans les pratiques d'accompagnement relevées auprès des participants peut résulter de l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle après l'action de sensibilisation. Plus confiants dans leur capacité à gérer les situations de retour au travail, les participants semblent plus enclins à aller vers l'employé malade et à lui proposer des solutions en amont pour anticiper son retour.

Ainsi, ces quelques entretiens semblent témoigner en faveur d'un changement de pratiques professionnelles des participants avec des comportements d'inclusion et d'aide dans l'accompagnement au retour au travail, conformément à nos attentes (H4).

## V.DISCUSSION

L'objectif de cette étude s'inscrit dans la mission de la Ligue contre le cancer du Bas-Rhin pour accompagner le retour au travail des employés. Un des enjeux de cette étude était donc d'évaluer les concepts clefs permettant d'objectiver les difficultés des employeurs, de proposer une action de sensibilisation adaptée et d'en mesurer les effets à court et moyen termes (Beech & Leather, 2006 ; Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006). En nous intéressant à des facteurs cognitifs, affectifs et comportementaux, ainsi qu'en croisant une approche qualitative et quantitative, notre ambition était de tester la plus-value pour les employeurs de l'action de sensibilisation avec une démarche scientifique rigoureuse (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). L'action de sensibilisation d'une journée est compatible avec l'emploi du temps des employeurs. Elle a été élaborée sur la base de deux piliers : améliorer les connaissances des employeurs sur le cancer, d'une part, et diminuer l'anxiété liée à la peur de la maladie et à celle de se sentir impuissant dans le processus de retour au travail, d'autre part. Au final, cette action visait une amélioration du sentiment d'efficacité personnelle des employeurs, facteur clé pour favoriser l'engagement vers de nouveaux défis (Bandura, 1977 ; Yada et al., 2022). Les mesures d'efficacité de l'action de sensibilisation ont été de différentes natures. Nous avons évalué l'évolution des croyances à travers l'étude qualitative de la représentation sociale du cancer. Nous avons mesuré l'évolution de l'anxiété et du sentiment d'efficacité, grâce à des échelles validées. Quelques mois après l'action de sensibilisation, nous avons conduit des entretiens pour interroger les pratiques réelles d'inclusion.

Les résultats indiquent que la représentation sociale des employeurs était initialement centrée sur un contenu anxiogène ayant trait à la mort et à la maladie. Ce résultat est similaire à ceux obtenus dans d'autres études menées auprès de la population générale (Agustina et al., 2018 ; Foucaud et al., 2015 ; Marie et al., 2010). De façon plus innovante, nos résultats indiquent que cette représentation peut évoluer positivement suite à une action de sensibilisation. Cette évolution s'observe dans le système périphérique avec des termes liés, par exemple, à l'empathie. Cette évolution attendue fait suite à la confrontation des employeurs à de nouvelles expériences (Abric, 1994a). Elle s'observe de façon plus inattendue également dans le système central qui incorpore des termes relatifs à l'accompagnement. Du fait de la fonction organisatrice et structurante du système central, cette évolution correspond à un changement particulièrement intéressant. Ce bouleversement de représentation a déjà été observé dans quelques études grâce notamment à une formation professionnalisante efficace (Aïssani, 2009 ; Fregonese & Ratinaud, 2016). Les remises en question des croyances initiales sont nombreuses tout au long de l'action de sensibilisation et favorisent ainsi l'intégration,

dans la nouvelle représentation, de notions qui ont été efficacement pratiquées et communiquées. La pratique et la communication sont d'ailleurs considérées comme des leviers essentiels de l'évolution des représentations sociales (Moliner, 2001 ; Valence, 2010). En confrontant les employeurs à des situations de retour au travail d'un employé malade d'un cancer, nous les confrontons à des situations inédites. Face à ces situations inédites, nous développons des connaissances, sur la manière de réussir l'accompagnement de retour au travail, transformant ainsi un processus vécu comme difficile et douloureux comme quelque chose d'envisageable. De ce décalage entre une représentation initiale basée sur les croyances naïves d'une part (Agustina et al., 2018 ; Foucaud et al., 2015), et d'autre part sur les apports de la formation sur ce qui est possible de faire et comment le faire, peut naître une adaptation sociocognitive. Cette adaptation se traduit par l'évolution de représentation que nous avons observée. Notre action de sensibilisation pourrait s'inscrire dans cette perspective encourageante. Néanmoins, considérant les propriétés structurantes et résistantes du système central, il serait intéressant de vérifier la pérennité de ces changements dans la continuité de l'évaluation. En effet, ces changements ne pourraient être que passagers, uniquement dus au fait que les nouvelles connaissances ont été rendues plus facilement mobilisables. Il n'en reste pas moins que l'action de sensibilisation a été en mesure d'activer de nouvelles croyances plus positives chez les employeurs. Ce résultat est un premier élément encourageant, non négligeable, pour favoriser la reprise d'emploi suite à un cancer.

Nos résultats témoignent ensuite, d'une part, d'un niveau initial élevé d'anxiété générée par le cancer chez les employeurs et, d'autre part, d'une diminution de l'anxiété exprimée après la sensibilisation. L'anxiété exprimée, en particulier avant l'action de sensibilisation, est en adéquation avec des études précédentes, qui avaient déjà mis en avant que le fait d'interagir avec une personne malade de cancer générerait des réactions angoissantes (Berrenberg et al., 2002 ; Taillandier-Schmitt & Michinov, 2015). Au-delà du constat des difficultés, l'action de sensibilisation semble être un élément clé : elle permet de réduire l'anxiété des employeurs dans ces situations de retour au travail. Or, réduire l'anxiété entraîne une réduction des attitudes négatives. Ainsi, favoriser les contacts positifs entre les protagonistes permet de réduire cette anxiété (Pettigrew & Tropp, 2008). L'action de sensibilisation proposée a respecté cet impératif en proposant des contacts indirects, permettant ainsi de se projeter dans des situations moins anxiogènes et donc plus favorables à l'émergence de postures plus empathiques (Pettigrew & Tropp, 2008 ; Schuhl et al., 2020). Les résultats positifs de l'action de sensibilisation se traduisent également au niveau du sentiment d'efficacité personnelle. Les employeurs se sentent plus compétents et en mesure d'accompagner leurs employés après avoir suivi cette action. L'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle se traduit également en termes de capacités à améliorer les pratiques professionnelles. Nos résultats montrent ainsi que six mois après l'action de sensibilisation, les employeurs rapportent des comportements d'aide et d'accompagnement substantiels, témoignant du fait qu'ils se sentent plus en capacité de gérer des situations nouvelles de retour au travail.

Notre étude met donc bien en évidence la façon dont les connaissances et les ressentis positifs peuvent améliorer les pratiques professionnelles d'inclusion. Néanmoins, notre étude ne modélise pas directement les liens entre connaissances, ressentis et actions. De futures études pourraient directement tester quels sont les prédicteurs de comportements réels d'inclusion. Dans cette perspective, la question des ressentis affectifs est actuellement considérée comme déterminante des comportements adoptés (Cuddy et al., 2007 ; Sadler et al., 2015). Ces modèles récents postulent que les croyances stéréotypées véhiculées sur les groupes sociaux sont vectrices d'émotions, elles-mêmes déterminantes de nos comportements. Dans la lignée de ces travaux, on pourrait considérer un lien de causalité dans lequel les croyances véhiculées sur la maladie seraient déterminantes des ressentis anxiogènes, eux-mêmes prédicteurs du sentiment d'auto-efficacité et de comportements vertueux. Poursuivre ainsi ces

travaux pourrait permettre de mettre en évidence comment et dans quelles conditions la familiarisation à travers la formation ou les contacts professionnels permet d'améliorer les pratiques d'accompagnement. En effet, la présente étude n'a pas tenu compte des expériences passées des employeurs avec des situations d'employés ou de proches, malades ou en situation de handicap. Or, la littérature n'est pas consensuelle sur les effets de la familiarité avec une maladie ou un handicap. Si certaines études considèrent la familiarité avec la maladie comme étant un déterminant important des comportements positifs (Pena Pena et al., 2016), d'autres études présentent des résultats plus mitigés (Aubé et al., 2022).

Malgré leurs limites, nos résultats sont novateurs et encourageants pour améliorer le retour au travail des employés malades d'un cancer. Cet effort de recherche mérite donc d'être poursuivi. Nous espérons que d'autres comités de la Ligue contre le cancer ou d'autres organismes tels que les chambres consulaires verront le bénéfice de l'action de sensibilisation que nous proposons. Nous pourrions ainsi faire preuve de l'évolution des croyances et des ressentis au bénéfice du retour au travail des personnes malades du cancer et, de façon plus générale, de l'inclusion des travailleurs malades ou en situation de handicap.

## **VI.CONCLUSION**

Les résultats obtenus dans cette étude mettent en évidence des facteurs à l'origine des difficultés de retour au travail exprimées par les employeurs et leurs évolutions significatives grâce à une action de sensibilisation. Cette action semble avoir été efficace pour changer les représentations vis-à-vis du cancer, amener à une meilleure gestion de l'anxiété et permettre aux employeurs de faire évoluer leurs pratiques professionnelles dans l'accompagnement au retour au travail. Au-delà, il semble également nécessaire de continuer à explorer la question de l'accompagnement en se focalisant sur les mécanismes psychologiques à prendre en considération pour lever les barrières auxquelles sont confrontées les personnes malades lors du retour à leur emploi. De façon plus globale, cette recherche s'inscrit dans la lignée d'un élargissement du prisme des acteurs impliqués dans le retour au travail, sans se focaliser uniquement sur les personnes touchées par un cancer. De récents programmes prennent en compte cette perspective holistique tels que les projets FASTRACS, REWORK, ou encore MiLES (Fassier et al., 2018 ; Greidanus et al., 2020 ; Porro et al., 2022). Dans cet environnement social, les employeurs sont des acteurs piliers au travers de leur soutien et accompagnement. Il semble donc important de pouvoir rendre compte de leurs difficultés afin de permettre une évolution dans leur accompagnement et ainsi faire en sorte qu'ils deviennent des facilitateurs de ce processus.

## **VII.ETHIQUE**

Différentes précautions ont été prises dans le cadre de notre étude. Dans cette étude, nous avons demandé aux participants d'exprimer comment ils se représentaient le cancer. Nous savons qu'à l'heure actuelle, la représentation sociale du cancer est principalement centrée sur un champ lexical rattaché à la mort, la maladie, aux traitements et à la souffrance. De plus, l'expérience personnelle des participants (vécu par rapport à cette maladie, dans son entourage proche, fait d'y avoir été confronté personnellement ou non) peut faire émerger des souvenirs ou des réminiscences négatives. Ainsi, il était précisé aux participants qu'ils pouvaient, à tout moment : (1) arrêter de remplir le questionnaire en cours, (2) interrompre leur participation à l'étude sans justification, ou encore (3) bénéficier d'un soutien psychologique proposé par une psychologue clinicienne au sein de la Ligue contre le cancer 67.

## VIII.ROLE DES AUTEURS

J. DAUL – Conceptualisation, méthodologie, recueil de données, analyse des résultats, rédaction

V. BOUDJEMADI – Conceptualisation, analyse des résultats, rédaction

O. ROHMER – Conceptualisation, méthodologie, rédaction, supervision

## IX.DECLARATION DE CONFLITS D'INTERETS

Le doctorat de Julie Daul est financé par le Comité du Bas-Rhin de la Ligue contre le cancer, organisme dont elle est salariée. Odile Rohmer et Valérian Boudjemadi déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts avec cet organisme.

## X. RÉFÉRENCES

Abric, J.-C. (1994a). Les représentations sociales : Aspects théoriques. *Pratiques sociales et représentations*, 2, 11-37.

Abric, J.-C. (1994b). L'organisation interne des représentations sociales : Système central et système périphérique. *Structures et transformations des représentations sociales*, 73-84.

Agustina, E., Dodd, R. H., Waller, J., & Vrinten, C. (2018). Understanding middle-aged and older adults' first associations with the word "cancer" : A mixed methods study in England. *Psycho-Oncology*, 27(1), 309-315. <https://doi.org/10.1002/pon.4569>

Aïssani, Y. (2009). Changement du noyau central et des éléments périphériques d'une représentation sociale sous l'effet d'un essai contre-attitudinal. *Anuario de Psicología*, 40, 17.

Aubé, B., Rohmer, O., & Yzerbyt, V. (2022). How threatening are people with mental disability? It depends on the type of threat and the disability. *Current Psychology*, 42(31), 27019-27034. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03655-1>

Bandura, A. (1977). *Social learning theory* (p. viii, 247). Prentice-Hall.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In *Encyclopedia of Human Behavior* (Academic Press, Vol. 4, p. 71-81).

Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87-99. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.87>

Bardin, L. (1998). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France.

Beech, B., & Leather, P. (2006). Workplace violence in the health care sector : A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 27-43. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.05.004>

Berrenberg, J. L., Finlay, K. A., Stephan, W. G., & Stephan, C. (2002). Prejudice Toward People With Cancer or AIDS : Applying the Integrated Threat Model. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 7(2), 75-86. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9861.2002.tb00078.x>

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16.

Crisp, R. J., & Turner, R. N. (2009). Can imagined interactions produce positive perceptions? : Reducing prejudice through simulated social contact. *American Psychologist*, 64(4), 231-240. <https://doi.org/10.1037/a0014718>

Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2007). The BIAS map : Behaviors from intergroup affect and stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 631-648. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.4.631>

de Boer, A. G. E. M., Taskila, T., Ojajärvi, A., van Dijk, F. J. H., & Verbeek, J. H. A. M. (2009). Cancer Survivors and Unemployment : A Meta-analysis and Meta-regression. *JAMA*, 301(7), 753-762. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.187>

Defossez, G., Le Guyader-Peyrou, S., Uhry, Z., Grosclaude, P., Colonna, M., & Dantony, E. (2019). *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018*. (Volume 1 – Tumeurs solides ; p. 372). Santé publique France.

Diamantidis, A. D., & Chatzoglou, P. D. (2014). Employee post-training behaviour and performance : Evaluating the results of the training process: Employee post-training behaviour and performance. *International Journal of Training and Development*, 18(3), 149-170. <https://doi.org/10.1111/ijtd.12034>

Dijker, A. J., & Raeijmaekers, F. (1999). The influence of seriousness and contagiousness of disease on emotional reactions to ill persons. *Psychology & Health*, 14(1), 131-141. <https://doi.org/10.1080/08870449908407319>

Duijts, S. F. A., Bleiker, E. M. A., Paalman, C. H., & Beek, A. J. van der. (2017). A behavioural approach in the development of work-related interventions for cancer survivors : An exploratory review. *European Journal of Cancer Care*, 26(5), e12545. <https://doi.org/10.1111/ecc.12545>

Fassier, J.-B., Lamort-Bouché, M., Broc, G., Guittard, L., Péron, J., Rouat, S., Carretier, J., Fervers, B., Letrilliart, L., & Sarnin, P. (2018). Developing a return to work intervention for breast cancer survivors with the intervention mapping protocol : Challenges and opportunities of the needs assessment. *Frontiers in Public Health*, 6, 35.

Faulx, D., & Danse, C. (2016). L'évaluation de la formation : Comment la rendre utile pour les participants ? *Evaluer. Journal international de Recherche en Education et Formation*, 2(1), 37-52.

Flament, C., & Rouquette, M.-L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires : Comment étudier les représentations sociales*. A. Colin.

Follenfant, A., & Meyer, T. (2003). Pratiques déclarées, sentiment d'avoir appris et auto-efficacité au travail. Résultats de l'enquête quantitative par questionnaires. In P. Carre & O. Charbonnier, *Les apprentissages professionnels informels* (p. 185-246). L'Harmattan.

Foucaud, J., Soler, M., Bauquier, C., Pannard, M., & Préau, M. (2015). *Baromètre cancer 2015. Cancer et facteurs de risque. Opinions et perceptions de la population française* (p. 19). Institut national du cancer. Santé publique France.

Fregonese, C., & Ratinaud, P. (2016). La professionnalisation des sages-femmes : Analyse par la dynamique des représentations sociales et professionnelles. *Swiss Journal of Educational Research*, 38(2), Article 2. <https://doi.org/10.24452/sjer.38.2.4985>

Galli, I., Bouriche, B., Fasanelli, R., Geka, M., Iacob, L., & Iacob, G. (2010). The social representation of the economic crisis in four European countries. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 87(3), 585-620.

Greidanus, M. A., Boer, A. G. E. M. de, Rijk, A. E. de, Tiedtke, C. M., Casterlé, B. D. de, Frings-Dresen, M. H. W., & Tamminga, S. J. (2018). Perceived employer-related barriers and facilitators for work participation of cancer survivors : A systematic review of employers' and survivors' perspectives. *Psycho-Oncology*, 27(3), 725-733. <https://doi.org/10.1002/pon.4514>

Greidanus, M. A., de Boer, A. G. E. M., Tiedtke, C. M., Frings-Dresen, M. H. W., de Rijk, A. E., & Tamminga, S. J. (2020). Supporting employers to enhance the return to work of cancer survivors : Development of a web-based intervention (MiLES intervention). *Journal of Cancer Survivorship*, 14(2), 200-210. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00844-z>

Grunfeld, E. A., Low, E., & Cooper, A. F. (2010). Cancer survivors' and employers' perceptions of working following cancer treatment. *Occupational Medicine*, 60(8), 611-617. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq143>

INCa. (2018). *La vie cinq ans après un diagnostic de cancer*. INCa.

Islam, T., Dahlui, M., Majid, H. A., Nahar, A. M., Mohd Taib, N. A., Su, T. T., & MyBCC study group. (2014). Factors associated with return to work of breast cancer survivors : A

systematic review. *BMC Public Health*, 14(3), S8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-S3-S8>

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research : A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26.

Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2006). *Evaluating Training Programs : The Four Levels*. Berrett-Koehler Publishers.

Lancelot, A., Costantini-Tramoni, M.-L., Tarquinio, C., & Martinet, Y. (2009). Première étape de l'élaboration d'une échelle d'empathie perçue. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2, 25-42.

Laurain, S. L., Fonte, D., Graziani, P., & Monaco, G. L. (2018). Les représentations sociales associées à la violence conjugale : De la psychologisation à la légitimation des violences. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 119120(3), 211-233.

Marie, D., Dany, L., Cannone, P., Dudoit, E., & Duffaud, F. (2010). Représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie : Enjeux pour la définition de la situation thérapeutique. *Bulletin du Cancer*, 97(5), 577-587. <https://doi.org/10.1684/bdc.2010.1036>

Masoudnia, E. (2015). Public perceptions about HIV/AIDS and discriminatory attitudes toward people living with acquired immunodeficiency syndrome in Iran. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 12(1), 116-122. <https://doi.org/10.1080/17290376.2015.1123644>

Moliner, P. (2001). *La dynamique des représentations sociales : Pourquoi et comment les représentations se transforment-elles?* Presses universitaires de Grenoble.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public* (2e édition). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.mosco.2004.01>

Moscovici, S. (2001). Why a theory of social representation? In K. Deaux & G. Philogène, *Representations of the social : Bridging theoretical traditions* (p. 8-35). Blackwell Publishing.

Paluck, E. L., & Green, D. P. (2009). Prejudice reduction : What works? A review and assessment of research and practice. *Annual review of psychology*, 60, 339-367.

Paudel, V., & Baral, K. P. (2015). Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy : A review of literature. *Reproductive Health*, 12(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0032-9>

Pena Pena, M., Urdapilleta, I., Tavani, J. L., Pruzina, I., & Verhiac, J.-F. (2016). Représentations sociales de la personne obèse et de l'obésité : Effets de la situation de contact. *Psychologie Française*, 61(3), 235-250. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2015.05.003>

Petersen, K. S., Momsen, A. H., Stapelfeldt, C. M., & Nielsen, C. V. (2019). Reintegrating Employees Undergoing Cancer Treatment into the Workplace : A Qualitative Study of Employer and Co-worker Perspectives. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 764-772. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09838-1>

Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2008). How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European Journal of Social Psychology*, 38(6), 922-934. <https://doi.org/10.1002/ejsp.504>

Piermattéo, A., Lo Monaco, G., Moreau, L., Girandola, F., & Tavani, J.-L. (2014). Context Variations and Pluri-methodological Issues concerning the Expression of a Social Representation : The Example of the Gypsy Community. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, E85. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.84>

Porro, B., de Boer, A. G. E. M., Frings-Dresen, M. H. W., & Roquelaure, Y. (2020). Self-efficacy and return-to-work in cancer survivors : Current knowledge and future prospects. *European Journal of Cancer Care*, e13304.

Porro, B., Durand, M.-J., Petit, A., Bertin, M., & Roquelaure, Y. (2022). Return to work of breast cancer survivors : Toward an integrative and transactional conceptual model. *Journal of Cancer Survivorship*, 16(3), 590-603. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01053-3>

Sadler, M. S., Kaye, K. E., & Vaughn, A. A. (2015). Competence and warmth stereotypes prompt mental illness stigma through emotions : Emotions mediate mental illness stigma. *Journal of Applied Social Psychology*, 45(11), 602-612. <https://doi.org/10.1111/jasp.12323>

Schuhl, J., Chatard, A., & Lambert, É. (2020). Réduire la stigmatisation des salariés reconnus handicapés : Exemple d'une action de sensibilisation en entreprise. *Le travail humain*, 83(2), 91-114.

Shoji, K., Cieslak, R., Smoktunowicz, E., Rogala, A., Benight, C. C., & Luszczynska, A. (2016). Associations between job burnout and self-efficacy : A meta-analysis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(4), 367-386. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1058369>

Stephan, W. G. (2014). Intergroup Anxiety : Theory, Research, and Practice. *Personality and Social Psychology Review*, 18(3), 239-255. <https://doi.org/10.1177/1088868314530518>

Stephan, W. G., Boniecki, K. A., Ybarra, O., Bettencourt, A., Ervin, K. S., Jackson, L. A., McNatt, P. S., & Renfro, C. L. (2002). The role of threats in the racial attitudes of Blacks and Whites. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(9), 1242-1254.

Stephan, W. G., & Stephan, C. W. (1985). Intergroup anxiety. *Journal of social issues*, 41(3), 157-175.

Stephan, W. G., Stephan, C. W., & Gudykunst, W. B. (1999). Anxiety in intergroup relations : A comparison of anxiety/uncertainty management theory and integrated threat theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 23(4), 613-628. [https://doi.org/10.1016/S0147-1767\(99\)00012-7](https://doi.org/10.1016/S0147-1767(99)00012-7)

Stephan, W. G., Ybarra, O., & Rios, K. (2009). Intergroup threat theory. In T. Nelson, *Handbook of prejudice* (p. 43-59). Lawrence Erlbaum Associates.

Stergiou-Kita, M., Pritlove, C., & Kirsh, B. (2016). The “Big C”—Stigma, cancer, and workplace discrimination. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(6), 1035-1050. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0547-2>

Taillandier-Schmitt, A., & Michinov, E. (2015). Stéréotypes et préjugés à l'égard de personnes atteintes de cancer : Étude auprès d'une population générale et de professionnels de santé. *Pratiques Psychologiques*, 21(2), 179-197. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.02.003>

Tamminga, S. J., Wolvers, M. D. J., Greidanus, M. A., Zaman, A. G. N. M., Braspenning, A. M., Frings-Dresen, M. H. W., & de Boer, A. G. E. M. (2019). Employees Diagnosed with Cancer : Current Perspectives and Future Directions from an Employer's Point of View. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(2), 472-474. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9802-x>

Tiedtke, C., Donceel, P., de Rijk, A., & Dierckx de Casterlé, B. (2014). Return to Work Following Breast Cancer Treatment : The Employers' Side. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 399-409. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9465-6>

Tiedtke, C., Donceel, P., Knops, L., Désiron, H., Dierckx de Casterlé, B., & de Rijk, A. (2012). Supporting return-to-work in the face of legislation : Stakeholders' experiences with return-to-work after breast cancer in Belgium. *Journal of occupational rehabilitation*, 22, 241-251.

Valence, A. (2010). Dynamique évolutive des représentations sociales. In A. Valence, *Les représentations sociales* (p. 85-121). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782804162573-page-85.htm>

Varas-Diaz, N., Serrano García, I., & Toro-Alfonso, J. (2005). AIDS-related stigma and social interaction : Puerto Ricans living with HIV/AIDS. *Qualitative health research*, 15, 169-187. <https://doi.org/10.1177/1049732304272059>

Verges, P. (1992). L'évocation de l'argent : Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. [The evocation of money: A method for defining the central core of a representation.]. *Bulletin de Psychologie*, 45(405), 203-209.

Vieira, L., Rohmer, O., Jury, M., Desombre, C., Delaval, M., Doignon-Camus, N., Chaillou, A.-C., Goulet, C., & Popa-Roch, M. (2024). Attitudes and self-efficacy as buffers against burnout in inclusive settings : Impact of a training programme in pre-service teachers. *Teaching and Teacher Education*, 144, 104569. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2024.104569>

Viseux, M., Tamminga, S. J., Greidanus, M. A., Porro, B., Roquelaure, Y., & Bourdon, M. (2022). Enhancing Emotional Skills of Managers to Support the Return to Work of Cancer Survivors : A Research Opinion Focusing on Value, Feasibility and Challenges. *Frontiers in Psychology*, 13, 910779. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.910779>

West, K., Turner, R., & Levita, L. (2015). Applying imagined contact to improve physiological responses in anticipation of intergroup interactions and the perceived quality of these interactions. *Journal of Applied Social Psychology*, 45(8), 425-436. <https://doi.org/10.1111/jasp.12309>

Yada, A., Leskinen, M., Savolainen, H., & Schwab, S. (2022). Meta-analysis of the relationship between teachers' self-efficacy and attitudes toward inclusive education. *Teaching and Teacher Education*, 109, 103521.

Yarker, J., Munir, F., Bains, M., Kalawsky, K., & Haslam, C. (2010). The role of communication and support in return to work following cancer-related absence. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1078-1085.

#### 4. 2. Synthèse des résultats du Chapitre 4

Si les actions de sensibilisation sont fréquemment utilisées en entreprise sur un nombre divers et variés de sujets, elles sont souvent critiquées pour leur manque d'évaluation ou de fondement théorique (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Pouvoir répondre à cette critique, en testant le bien-fondé du programme proposé, était au cœur de l'objectif de cet article. Nos résultats mettent en exergue une évolution positive de la perception du cancer chez des employeurs sensibilisés. Premièrement, les représentations sociales du cancer évoluent. Si celles-ci étaient principalement axées sur un contenu anxiogène, ayant attiré aux souffrances et aux traitements avant l'action, elles intègrent davantage d'éléments faisant référence à l'écoute, l'accompagnement et l'empathie, éléments peu présents lors de la mesure initiale. Deuxièmement, l'anxiété face au cancer, qui était initialement d'un niveau élevé, diminue de manière significative après l'action de sensibilisation. Les employeurs expriment moins de malaise à l'idée d'interagir avec des salariés malades du cancer. Enfin, le sentiment d'efficacité personnelle est amélioré après l'action, en comparaison à avant l'action. Les employeurs se sentent plus compétents pour gérer ces situations non familières que peuvent être le retour au travail après un cancer. Cette amélioration semble perdurer et se traduire par la mise en place de pratiques professionnelles de soutien et d'accompagnement, dans les trois à six mois après l'action de sensibilisation.

Notre travail s'inscrit dans la continuité de précédents travaux démontrant que des interventions fondées sur les preuves scientifiques relevant de la psychologie peuvent influencer positivement les perceptions à l'égard de certains groupes sociaux et favoriser leur inclusion professionnelle (Schuhl et al., 2020). Ces premiers résultats témoignent de l'intérêt d'exploiter davantage les mécanismes psychosociaux pour mieux appréhender les obstacles à la reprise d'un travail après un cancer. Dans cette perspective, il semble intéressant de poursuivre avec une analyse plus inter-individuelle ou inter-groupe, au travers de la perception sociale envers les personnes malades.

## **Chapitre 5 : Comment les personnes malades du cancer sont perçues ? Entre perception de soi, perception d'autrui et attribution de responsabilité**

Les études présentées dans ce chapitre répondent directement à notre seconde question de recherche, à savoir l'exploration de la perception sociale à l'égard des personnes malades du cancer, au travers des croyances stéréotypées, des émotions et des comportements. Pour ce faire, nous avons mené trois études complémentaires (Étude 2\_A, Étude 2\_B et Étude 3). Dans un article accepté pour publication (Daul et al., 2025), les objectifs étaient, dans un premier temps, d'examiner la perception que les malades du cancer développent sur eux-mêmes (perception de soi) et son lien avec la révélation de la maladie en milieu professionnel ainsi que le bien-être psychologique (Etude 2\_A). Dans un second temps, nous avons examiné la perception de la population générale à l'égard des personnes malades en analysant les stéréotypes, mais également les émotions et comportements associés (Etude 2\_B). Enfin, nous avons réalisé une étude complémentaire pour prolonger nos questions d'intérêt, en analysant les croyances stéréotypées et les émotions associées à différents types de cancer, en fonction du degré de responsabilité perçue dans la maladie (évitable vs. non évitable, Etude 3).

En complément des études principales, nous avons élaboré deux études pilotes (EP1 et EP2) menées en amont des études principales présentées dans ce chapitre. Notre première étude pilote (EP1), lancée en amont de l'Etude 2\_B, visait à identifier la dénomination la plus couramment utilisée en France pour désigner les « personnes atteintes de cancer ». Si la plus fréquente est celle de « cancer survivors » (e.g., de Boer et al., 2022 ; Kye et al., 2020), d'autres sont également utilisées comme les « personnes traitées pour un cancer ou diagnostiquées d'un cancer » (e.g., Martinez et al., 2016 ; Tiedtke et al., 2017). Notre seconde étude pilote (EP2), lancé en amont de l'Etude 3, portait sur l'identification des différents types de cancers les plus fréquemment évoqués au sein de la population française.

## 5. 1. Etudes pilotes

### 5. 1. 1. Etude pilote 1 : détermination du label pour nommer le groupe des personnes malades du cancer (EP1)

Objectif : Cette étude pilote s'est attachée à comprendre quelle dénomination était la plus utilisée au sein de la population française pour décrire le groupe des « personnes atteintes de cancer », nous permettant ainsi d'utiliser le label approprié lorsque nous faisons référence à ce groupe tout aussi bien dans notre Etude 2\_B que dans les suivantes.

Participants : Vingt-cinq participants issus d'une population francophone tout-venante ont accepté de participer à cette étude en ligne, dont 19 femmes (76%) et 6 hommes (24%,  $M_{\text{âge}} = 30$ ,  $ET_{\text{âge}} = 11.53$ ).

Méthode : Les participants ont été invités à compléter une tâche qualitative d'association verbale où ceux-ci devaient indiquer librement : « Quelles sont les expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit pour désigner les personnes qui ont un cancer ? »

Résultats : Les participants ont évoqué six expressions différentes pour dénommer les personnes atteintes de cancer, pour un total de 24 évocations au total. À la majorité (17 évocations), la dénomination la plus fréquente est « une personne malade de cancer », que nous avons sélectionné pour nos travaux. Les autres dénominations évoquées étaient : « les cancéreux » (3 évocations), « les patients » (1 évocation), « les personnes qui ont un cancer » (1 évocation), « les personnes atteintes de cancer » (1 évocation) et « les personnes ayant besoin de soin pour un cancer » (1 évocation).

### 5. 1. 2. Etude pilote 2 : représentation de la fréquence des différents types de cancer (EP2)

Objectif : Cette étude pilote s'est attachée à comprendre quels types de cancer étaient les plus fréquemment représentés au sein de la population française afin de construire notre matériel pour l'Etude 3.

Participants : Cinquante et un participants issus d'une population francophone tout-venante ont accepté de participer à cette étude en ligne, dont 26 femmes (51%) et 25 hommes (49%,  $M_{\text{âge}} = 35.3$ ,  $ET_{\text{âge}} = 11.3$ ). Parmi ceux-ci, 55% sont des cadres et professions intellectuelles supérieures, 19% sont des personnes sans activité professionnelle, 16% sont des employés, 8% sont des professions intérimaires et 2% sont des artisans, commerçants et chefs d'entreprise.

Méthode : Les participants sont invités à remplir une tâche qualitative d'association verbale où ceux-ci devaient indiquer quels types de cancer leur venaient spontanément à l'esprit lorsque le mot « cancer » était évoqué. Chaque type de cancer évoqué s'est vu attribué une fréquence (nombre de fois où celui-ci a été exprimé). Pour chaque type de cancer exprimé par les participants, il était demandé au participant de se positionner sur le fait que celui-ci soit « évitable » ou « non évitable » au travers de l'item suivant : « La plupart des gens ont tendance à penser que les personnes malades ont eu des comportements qui ont induit à leur cancer ». Les participants étaient invités à répondre sur une échelle en 4 points (1 = Pas d'accord à 4 = Tout à fait d'accord).

Résultats : Dans l'ensemble, 27 types de cancers ont été évoqués par les participants. La fréquence moyenne d'évocation d'un type de cancer était de 9. Ainsi, nous avons sélectionné les 10 types de cancers qui avaient une fréquence moyenne supérieure à 9. Sur ces 10 types de cancers sélectionnés, nous avons contrôlé le genre afin d'observer s'il y avait une différence d'évocation de chaque type de cancer en fonction du genre de nos participations. Pour ce faire, nous avons réalisé des tests du  $\chi^2$  pour tous les types de cancer. Nos résultats révèlent que les 10 types de cancer sont évoqués de manière équivalente par les hommes et les femmes ( $p > .05$  pour toutes les évocations). Ainsi, nous avons fait le choix de conserver ces 10 types de cancer pour notre étude. Afin de répartir ces différents types de cancer en deux catégories « évitables » et « non évitables », nous avons calculé des moyennes d'attribution de responsabilité pour chaque type de cancer. Chaque type de cancer ayant une moyenne supérieure au centre de l'échelle ( $> 2$ ) a été catégorisé comme « évitable ». Ceux ayant une moyenne inférieure au centre de l'échelle ( $< 2$ ) ont été catégorisés comme « non évitable ».

Parmi les cancers dits « évitables », on retrouve les cancers du poumon, du foie, de la peau et colorectal et ceux dits « non évitables », on y retrouve les cancers du sein, de la prostate, du sang, du cerveau, du pancréas et la leucémie. Cette catégorisation est en accord avec les catégorisations effectuées par des études précédentes (Godward et al., 2022 ; Marlow et al., 2010, 2015).

## 5. 2. Etude 2\_A et Etude 2\_B

Daul, J., Boudjemadi, V., Sgambati, L., & Rohmer, O. (2025). Les croyances, un frein au processus de retour au travail après un cancer ? *Bulletin du Cancer*. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2025.03.021>

### Contribution des auteurs

**Julie DAUL** – Conceptualisation, collecte des données, analyse et interprétation des résultats, préparation de l'ébauche du manuscrit

**Léa SGAMBATI** – Conceptualisation, collecte des données, analyse et interprétation des résultats

**Valérien BOUDJEMADI** – Conceptualisation, analyse et interprétation des résultats, préparation de l'ébauche du manuscrit

**Odile ROHMER** – Conceptualisation, analyse et interprétation des résultats, préparation de l'ébauche du manuscrit, supervision

## **Les croyances, un frein au processus de retour au travail après un cancer ?**

### **Are beliefs a hindrance to the process of returning to work following a diagnostic of cancer?**

#### **Résumé**

**Introduction** – L’après-cancer est une période impliquant de considérer différentes sphères de la vie, dont le retour au travail. Cependant, les croyances sur la maladie ou les émotions qu’elle suscite, peuvent freiner cette étape. Notre objectif était d’éclairer la façon dont les personnes malades se perçoivent à la reprise du travail, le rôle de la révélation du cancer sur leur bien-être et l’impact des croyances et émotions d’autrui sur les comportements de soutien.

**Méthode** – Dans l’Etude 1, 221 personnes malades ont évalué leur perception de soi (SCM), leur bien-être (EMMBEP) et précisé comment la maladie avait été révélée au travail. Dans l’Etude 2, 158 participants tout-venant ont évalué leurs croyances sur la maladie (SCM), en y intégrant une analyse fine des dimensions (Big Two), les émotions et les comportements (BIAS Map). Les données ont été analysées via des analyses de variances et de médiations.

**Résultats** – Les personnes malades se perçoivent peu compétentes. Également, les personnes malades sont décrites comme plus courageuses, mais moins compétentes que les personnes en bonne santé. La perception de compétence est pourtant centrale, car elle explique la relation entre la possibilité de révéler sa maladie et le bien-être (Etude 1) et la perception de compétence augmente les émotions positives et l’intention de soutenir les personnes malades (Etude 2).

**Discussion** – La perception de compétence apparaît comme un levier, autant pour le bien-être des personnes que pour l’intention de les soutenir. Enfin, la possibilité d’évoquer soi-même sa maladie est un facteur favorable à cette perception.

*Mots-clés* : Cancer, Retour au travail, Jugement de soi, Perception sociale, Révélation de la maladie

#### **Abstract**

**Introduction** - Recovery from cancer is a process that encompasses all aspects of life, including returning to work. However, subjective factors such as beliefs and emotions associated with the illness can hinder this step. The aim of our study was twofold: first, to examine cancer survivors' self-beliefs and the role of self-disclosure in their psychological well-being; and second, to better understand how both beliefs and emotions influence inclusive behaviors.

**Methods** – In Study 1, 221 cancer survivors evaluated their self-beliefs (SCM), psychological well-being (EMMBEP), and illness disclosure in the workplace. In Study 2, 158 French participants assessed their perception of cancer survivors in terms of beliefs (SCM), incorporating a fine-grained analysis of dimensions (Big Two), emotions and behaviors (BIAS Map). Data were analyzed using ANOVA and mediation models.

**Results** - Cancer survivors perceive themselves as less competent. Moreover, while cancer survivors are generally perceived as courageous, they are judged lower in competence compared to healthy people. The perception of competence is central: it explains the relationship between the possibility

of disclosing one's illness and psychological well-being (Study 1), and this perception of competence increases positive emotions and the intention to support cancer survivors (Study 2).

Discussion - The perception of competence appears to be a key factor for both survivor's well-being and for the intention to support them. Finally, the possibility of self-disclosing their own illness is a factor that favors this perception of competence.

*Keywords:* Cancer, Return to work, Self-judgement, Social perception, Self-disclosure

### **Introduction**

L'augmentation importante des diagnostics de cancers au cours des dernières décennies et l'amélioration des traitements et des chances de survie font que plus de trois millions de personnes vivent, aujourd'hui en France, avec un diagnostic de cancer ou sont en rémission [1]. Cette situation implique de se projeter dans le retour à une vie dite « normale », avec des possibilités d'épanouissement personnel, social et professionnel. La reprise d'un travail est considérée comme essentielle pour retrouver une certaine confiance en soi et plus globalement un sentiment de normalité [2]. Cependant, des difficultés de retour au travail sont exprimées tout aussi bien par les personnes malades que par les employeurs [3]. Le caractère complexe du processus de rétablissement nécessite donc de s'intéresser aux déterminants inhérents à la personne, mais également à son écosystème, en particulier le lieu de travail considéré comme un élément central dans le processus de réadaptation [4]. Les modèles théoriques relevant de la psychologie sociale peuvent offrir un niveau d'analyse pertinent pour comprendre les barrières et les leviers relatifs au retour au travail. Ces modèles, bien documentés et ayant fait l'objet de nombreuses validations et applications, mettent les croyances développées vis-à-vis de soi et des autres au cœur des relations intergroupes et interpersonnelles (pour une synthèse, [5]). En s'appuyant sur cette littérature, l'objectif général de ce travail est d'analyser l'impact des croyances sur le bien-être des personnes qui reviennent au travail suite à un cancer et sur les comportements de soutien que l'entourage va pouvoir manifester, ou non, à leur égard.

### **Nos croyances stéréotypées : se percevoir soi-même et percevoir les autres**

Une longue tradition en psychologie sociale indique que lorsque nous rencontrons quelqu'un, notre objectif est de nous forger rapidement une impression afin de guider nos interactions sociales avec cette personne [5]. Cette première impression est très spontanée et mobilise des connaissances et croyances stéréotypées sur le groupe d'appartenance de celle-ci. Ces croyances vont automatiquement éveiller des émotions spécifiques qui, elles-mêmes, orienteront les comportements envisagés [6]. De façon consensuelle, les travaux actuels indiquent que les croyances stéréotypées sont organisées selon deux dimensions fondamentales : la chaleur et la compétence. La première dimension reflète l'évaluation des qualités interpersonnelles des individus et de leurs groupes d'appartenance, et traduit les intentions que l'on va leur prêter. Cette dimension de chaleur regroupe deux facettes spécifiques : la sociabilité (être amical et sympathique) et la moralité (être honnête et digne de confiance) [5]. La dimension de compétence, quant à elle, reflète l'évaluation des moyens dont disposent les individus pour mener à bien leurs intentions. Elle se décompose à son tour en deux facettes : la capacité (être efficace et performant) et l'effort (être courageux et motivé) [5,7]. De nombreux travaux précisent que notre façon d'envisager la plupart des groupes sociaux est ambivalente, contrebalançant des perceptions négatives sur certaines caractéristiques par des perceptions positives sur d'autres [8]. Autrement dit, la majeure partie des groupes sociaux sont

perçus soit plus chaleureux que compétents ou au contraire, plus compétents que chaleureux. Par exemple, des études conduites sur les croyances à l'égard des personnes en situation de handicap ont permis de mettre en évidence que celles-ci sont perçues comme plus chaleureuses que compétentes. En s'intéressant aux facettes de ces dimensions, ces mêmes études ont montré que ce groupe social est décrit comme sociable, moral et faisant des efforts, mais peu capable [9–11]. Les auteurs précisent également que si l'effort reste valorisé dans le monde du travail, c'est pourtant la perception de capacités qui guide les choix des employeurs et prédisent la réussite socio-économique [9,12]. Appliqués aux malades du cancer, quelques travaux ont pu mettre en évidence que ces personnes sont également considérées plus chaleureuses que compétentes [13,14]. Cependant, à notre connaissance, aucune étude n'a porté sur les croyances, en s'intéressant aux facettes des dimensions de chaleur et de compétence, et à l'impact de ces croyances spécifiques sur les émotions et les comportements. Cette analyse apparaît néanmoins pertinente pour comprendre de potentiels obstacles au retour au travail.

Les modèles théoriques de référence [5,6] montrent que les croyances stéréotypées sont vectrices d'émotions spécifiques. Ainsi, les groupes évalués plus chaleureux que compétents vont susciter de la pitié, alors que les groupes évalués plus compétents que chaleureux suscitent des émotions de l'ordre de l'envie. La littérature montre également que les groupes évalués négativement sur les deux dimensions éveillent du dégoût et ceux qui bénéficient d'une évaluation complètement positive de l'admiration. [6]. À titre d'illustration, on peut citer les travaux d'Aubé et collaborateurs [10] qui ont vérifié ces différentes relations entre croyances stéréotypées et réactions émotionnelles en s'intéressant à différents groupes de personnes atteintes de maladies psychiques. Les émotions sont de puissants vecteurs de nos comportements. Nous avons tendance à adopter des comportements prosociaux actifs envers les individus appartenant à des groupes que nous admirons, alors que notre intention de soutien et d'aide risque d'être plus passive quand les groupes éveillent de la pitié. Les groupes qui provoquent des émotions négatives sont, quant à eux, plutôt sujets à des comportements antisociaux de rejet, tandis que ceux qui suscitent de l'envie sont la cible de comportements de coopération (prosocial passif) [6,15].

Si les travaux évoqués précédemment concernent plutôt la façon dont on considère les groupes sociaux, il n'en reste pas moins que la façon dont les malades s'évaluent eux-mêmes, et en particulier la perception de leurs propres compétences, peut s'avérer déterminante sur la façon dont ils se projettent dans le processus de réhabilitation [11]. De précédents travaux ont pu montrer, d'une part, que la perception d'autrui forme le socle des croyances que l'individu s'attribue à lui-même [16] ; d'autre part, que ces croyances sur soi peuvent impacter la construction de l'image de soi, la perception de compétence, et même les compétences réelles, pouvant compliquer le retour au travail [17]. Appliqué au contexte scolaire, il a été montré que les élèves porteurs de dyslexie se jugent moins compétents que les autres, et plus ce jugement de soi est négatif, plus les performances scolaires sont altérées, produisant un cercle vicieux de difficultés et mal-être liés à la sphère scolaire [9].

### **Bien vivre le retour au travail : bien-être psychologique et révélation de la maladie**

Bien vivre le retour au travail implique deux facteurs : le bien-être psychologique (BEP) et la possibilité de révéler librement et de façon autonome sa maladie et les difficultés associées.

Le BEP est un ressenti primordial, dans la mesure où il fait partie intégrante de la santé psychologique et de la qualité de vie. Le BEP est considéré comme un facteur déterminant de

rétablissement dans le cadre des cancers [18]. Il peut être défini comme étant à la fois lié à la présence d'indicateurs d'ajustement psychologique (e.g. bonheur, émotions positives et satisfaction de vie) et à l'absence d'indicateurs d'inadaptation psychologique comme des émotions négatives par exemple [19]. Des précédentes études ont pu mettre en évidence les avantages d'un BEP élevé. Par exemple, le BEP conduit à des performances individuelles accrues, des comportements prosociaux plus nombreux ou une plus grande résilience [20]. Les travaux qui se sont intéressés au BEP des malades du cancer ont, soit cherché à comprendre les changements de BEP suite au diagnostic et à son évolution dans le cadre d'interventions [18], soit aux liens avec l'anxiété, la détresse psychologique ou avec la révélation de la maladie [21,22].

La révélation de la maladie est considérée comme centrale au moment du retour au travail. Elle correspond à toute situation où un collègue de travail est amené à connaître les difficultés de santé de la personne, qu'importe qui a révélé cette information ou la manière dont elle a été révélée [23]. Fréquemment, les personnes concernées redoutent cette révélation, craignant les conséquences négatives telles que la stigmatisation. Néanmoins, de nombreux bénéfices du fait d'évoquer ses difficultés au travail sont également mis en évidence. On peut citer comme atouts un accès facilité aux aménagements de poste de travail, un soutien social plus important ou encore une meilleure gestion des émotions suite à l'impression d'avoir pris la bonne décision pour soi avec comme conséquence une amélioration de la qualité de vie et de l'humeur [2,23]. Ces difficultés de santé peuvent être révélées par la personne concernée qui garde ainsi la maîtrise de l'information divulguée. Toutefois, elles peuvent l'être aussi par un tiers plus ou moins bienveillant, en fonction des circonstances. Un des objectifs de ce travail est de mesurer comment le fait d'annoncer soi-même sa maladie peut favoriser une perception de soi plus positive et améliorer le BEP [24,25]. En effet, le fait de révéler sa maladie permet à la personne concernée de s'impliquer activement dans son retour au travail. Cette implication favoriserait une perception accrue de sa capacité à maîtriser sa vie, y compris sa vie professionnelle, ce qui pourrait, en retour, améliorer le BEP [26]. Si un certain nombre de travaux se sont intéressés à l'annonce et à la révélation de la maladie en milieu professionnel [22,23], à notre connaissance, peu de travaux se sont intéressés à investiguer les potentielles différences entre une révélation maîtrisée ou faite par un tiers notamment sur la perception de soi et le BEP.

### **Objectifs et hypothèses**

S'inscrivant dans le cadre des travaux qui cherchent à mieux comprendre les comportements envers les groupes sociaux, ce travail poursuit trois objectifs au travers de deux études complémentaires. Le premier objectif est de vérifier que les personnes malades du cancer sont perçues plus chaleureuses que compétentes, ce qui pourrait expliquer des difficultés au moment du retour au travail. Pour ce faire, l'Etude 1 interroge les personnes concernées par la maladie sur les croyances qu'elles portent sur elles-mêmes et l'Etude 2 interroge une population générale, en décomposant les deux dimensions du jugement et en explorant plus finement les facettes de ces dimensions, en particulier celle liée à la capacité à travailler. Le second objectif est de montrer que la perception de compétence est liée au bien-être psychologique au moment de reprendre un travail (Etude 1) et à l'intention de soutenir les personnes malades (Etude 2). Enfin, le troisième objectif est de mettre en évidence des schémas explicatifs de nos phénomènes d'intérêt. C'est-à-dire comment le fait de révéler la maladie permet d'améliorer le bien-être en se percevant plus compétent (Etude 1) et comment le fait de percevoir les capacités des personnes malades peut améliorer l'intention de soutien, en diminuant les réactions affectives négatives (Etude2).

Nous formulons quatre hypothèses concernant l'Etude 1. 1) Nous postulons une perception plus positive sur la dimension de chaleur que sur celle de la compétence (H1) [13,14]. 2) Nous postulons que la perception de ses propres compétences favorise le bien-être psychologique (H2) [17]. 3) Nous faisons l'hypothèse que lorsque la révélation de la maladie sur le lieu de travail a pu être faite par la personne concernée, celle-ci aura un impact plus positif sur le BEP que si celle-ci est faite par autrui (H3). 4) Enfin, nous faisons l'hypothèse que le fait de pouvoir maîtriser l'annonce de sa maladie permet une perception plus positive de soi ; cela constitue, en retour, un élément favorable au BEP. Ainsi, nous testons un modèle de médiation où la compétence perçue serait le mécanisme par lequel la révélation de la maladie impacte le BEP (H4) [17,25,27].

Nous formulons cinq hypothèses concernant l'Etude 2. 1) Nous postulons, à nouveau, que les personnes malades du cancer sont perçues plus chaleureuses que compétentes (H1) [13,14]. Comparativement à des personnes en bonne santé, elles sont perçues moins compétentes (H1'). 2) En décomposant la dimension de compétence, nous postulons une évaluation plus positive sur la facette liée à l'effort que sur celle liée aux capacités (H2) [7,9]. En comparaison avec des personnes en bonne santé, nous nous attendons donc à ce que les malades soient perçus comme moins capables, mais faisant plus d'efforts (H2')<sup>15</sup>. 3) En prenant appui sur les travaux conduits à l'égard des personnes ayant une incapacité physique [6,28], nous faisons l'hypothèse que les croyances à l'égard des malades du cancer induisent des émotions positives (admiration et sympathie). Ces émotions sont davantage exprimées à l'égard des personnes malades que celles en bonne santé (H3). 4) En lien avec H3, nous postulons que les malades éveillent plus d'intentions d'adopter des comportements prosociaux actifs et antisociaux passifs et que ces intentions se manifestent davantage à l'égard des malades du cancer qu'à l'égard des personnes en bonne santé (H4) [6,10,15]. 5) Pour finir, un modèle de médiation est testé pour évaluer le rôle explicatif des émotions dans la relation entre les croyances et les intentions comportementales (H5) [10].

## Méthode

### Etude 1

#### *Population*

Cette étude a été conduite auprès de 221 participants malades d'un cancer et ayant repris leur travail exercé avant leur maladie. Notre échantillon était composé de 188 femmes (85%), 12 hommes (5.5%) et 21 n'ayant pas révélé leur genre, âgés de 22 à 77 ans ( $M = 49$ ,  $ET = 8.83$ ). La majorité des participants étaient en CDI (59%), salariés d'une grande entreprise (43%) et assimilés cadres et professions intellectuelles supérieures (45%). Les critères de participation à l'étude étaient les suivants : avoir eu un cancer, avoir été en activité professionnelle lors du diagnostic et avoir repris le travail au moment de l'enquête. Les participants ont été recrutés grâce à différents partenaires : via les hôpitaux (e.g., centres de lutte contre le cancer, service d'oncologie des hôpitaux), les associations de patients (e.g., la Ligue contre le cancer), ou encore les réseaux sociaux.

#### *Procédure*

Tous les participants étaient volontaires pour participer à une étude intitulée « la reprise du travail après un cancer ». Chaque participant a été sollicité de façon anonyme via la plateforme

---

<sup>15</sup> Concernant la dimension de chaleur, nous ne formulons pas de prédiction spécifique entre sociabilité et moralité, les personnes avec une incapacité subie étant globalement perçues comme chaleureuses [9].

sécurisée Qualtrics pour répondre à un ensemble d'items relatifs à la perception de soi et au bien-être psychologique. Au préalable, une note d'informations a été transmise aux partenaires. Celle-ci présentait l'objectif général de l'étude et les critères d'inclusion afin que les personnes concernées puissent être sollicitées. Des affichettes ont été proposées aux partenaires pour que ceux-ci puissent facilement diffuser l'information sur la recherche au sein de leurs locaux ou à travers leurs réseaux sociaux. Les objectifs de l'étude étaient expliqués et l'anonymat garanti. Il était proposé aux participants de remplir directement le questionnaire en ligne. Trois questions préalables au questionnaire garantissaient le respect des critères d'inclusion : le participant a-t-il eu un cancer, était-il en emploi au moment du diagnostic et avait-il repris le travail au moment de l'étude. Seuls les participants répondant positivement aux trois questions pouvaient accéder au formulaire de consentement. Les participants refusant la signature du consentement étaient automatiquement redirigés à la fin du questionnaire. Une fois ce formulaire signé, le participant accédait au questionnaire organisé en trois parties. La première comprenait les items destinés à mesurer la perception de soi des participants et leur BEP. La deuxième partie représentait les mesures de révélation de la maladie. Enfin, la dernière partie recueillait les informations sociodémographiques, telles que l'âge, le genre, la catégorie socioprofessionnelle, le type de cancer, la taille de l'entreprise et le statut de l'emploi. Il était demandé aux participants de compléter autant que possible les trois parties du questionnaire.

### **Matériel**

Afin de mesurer la perception de soi des malades du cancer, nous avons sélectionné 11 traits de chaleur (e.g., amical) et de compétence (e.g., capable), issus des travaux mesurant les croyances stéréotypées telles que proposées dans le modèle du SCM [29]. Les participants devaient exprimer leur degré d'accord avec l'auto-attribution de chaque trait sur une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 5 (Tout à fait d'accord). Plus le score était élevé, plus le participant s'auto-attribuait un trait donné. Sur la base de ces réponses, nous avons calculé un score moyen de compétence et un score moyen de chaleur. Afin de vérifier la structure de notre échelle, nous avons réalisé une Analyse en Composantes Principales avec rotation varimax. Celle-ci a fait apparaître, au travers de l'examen des valeurs propres, les deux facteurs attendus, expliquant 52.9% de la variance. La cohérence interne des échelles de compétence et de chaleur s'est avérée satisfaisante (tous les  $\alpha$  de Cronbach > .78).

Afin de mesurer le BEP, les participants ont répondu à l'Échelle de Mesure des Manifestations du Bien-être Psychologique (EMMBEP). Cet outil de mesure, validé en français [30], permet d'évaluer les sentiments positifs au travers de 25 items, répartis dans six domaines de la vie jugés importants pour la récupération des malades (l'estime de soi, l'engagement social, l'équilibre, le contrôle de soi et des événements, la sociabilité, le bonheur). Les participants devaient se positionner sur une échelle en 6 points, variant de 0 (Jamais) à 5 (Presque toujours). Plus le score était élevé, plus le malade s'attribuait un niveau de BEP élevé. La cohérence interne de l'échelle étant très élevée ( $\alpha = .94$ ), tous les éléments de l'échelle ont été combinés en un seul score moyen reflétant la satisfaction à l'égard de la vie [18].

Enfin, à travers un ensemble de 5 questions élaborées pour cette étude, nous avons mesuré la révélation de la maladie sur le lieu de travail et le moment de celle-ci (e.g., « Avez-vous révélé votre maladie du travail ? »), ainsi que l'annonceur de la révélation auprès des pairs (e.g., « Vos collègues ont-ils été mis au courant d'une autre manière que par vous-même ? »). 3 questions proposaient un

format de réponse dichotomique (oui/non), les deux dernières proposaient un format de choix multiples (4 choix possibles pour les questions sur le moment de la révélation ou encore à qui celle-ci a été faite).

## **Etude 2**

### ***Population***

Cette étude a été réalisée auprès de 158 participants issus d'une population d'adultes francophones, sollicités pour participer à une étude en ligne sur la façon dont certains groupes sociaux sont décrits dans notre société. Notre échantillon était constitué de 131 femmes (83%) et 27 hommes (17%), âgés de 18 à 65 ans ( $M = 33$ ,  $ET = 12.8$ ). Nous avons demandé aux participants de répondre au questionnaire pour deux groupes cibles (malades d'un cancer vs. en bonne santé) sur différentes échelles mesurant les croyances stéréotypées, les réactions émotionnelles et les tendances comportementales d'approche et d'évitement. Les seuls critères d'inclusion retenus étaient que les participants soient majeurs et qu'ils maîtrisent la langue française. Les participants ont été recrutés via les réseaux sociaux (Facebook et LinkedIn).

### ***Procédure***

Tous les participants de notre étude étaient recrutés sur la base du volontariat. Le recueil des données s'est fait via un questionnaire en ligne, diffusé sur la plateforme Qualtrics et posté sur les réseaux sociaux. Cette étude a été présentée comme portant sur la perception des groupes sociaux. Les objectifs de l'étude étaient expliqués, l'anonymat garanti, la signature du consentement permettait d'accéder au questionnaire en ligne. Les participants refusant la signature du consentement étaient automatiquement redirigés à la fin du questionnaire. La tâche des participants était d'indiquer « comment sont généralement perçues les personnes [malades d'un cancer vs en bonne santé] par la plupart des gens dans notre société ». L'utilisation d'une consigne indirecte est recommandée dans les recherches portant sur le jugement des minorités sociales pour éviter les biais de réponses vers des réponses socialement acceptables [29].

Le questionnaire comportait 30 items et tous les participants devaient évaluer les deux groupes cibles. D'abord, les participants devaient se positionner sur les croyances stéréotypées, les émotions et enfin sur les tendances comportementales pour un premier groupe cible. Ils étaient ensuite invités à se positionner sur les mêmes échelles pour le second groupe cible. Ces groupes étaient présentés de façon contrebalancée pour éviter les effets d'ordre. Enfin, les participants devaient renseigner leurs données sociodémographiques telles que le genre et l'âge. Enfin, à titre exploratoire, nous leur avons demandé de préciser quel type de cancer leur était venu à l'esprit en répondant au questionnaire (cette question était facultative). Les résultats n'ont pas été exploités dans le cadre de cette étude. Toutes les données et le matériel utilisés sont accessibles sur la plateforme de science ouverte OSF : [https://osf.io/kf9jb/?view\\_only=2d6ce3448ca9456bb01b97c59ca7fe44](https://osf.io/kf9jb/?view_only=2d6ce3448ca9456bb01b97c59ca7fe44)

### ***Matériel***

Afin de mesurer les croyances stéréotypées à l'égard des personnes malades du cancer, nous avons sélectionné des traits se référant, d'une part, aux facettes de capacité (e.g., être capable) et de l'effort lié à l'engagement vers le travail (e.g., être déterminé) et d'autre part, à celles de la sociabilité (e.g., être agréable) et de la moralité (e.g., être honnête). Nous avons sélectionné 14 traits issus des récents travaux prenant en compte les facettes des deux dimensions du jugement social [5,7,10]. Les

participants devaient répondre sur une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 5 (Tout à fait d'accord). Plus le score était élevé, plus le participant attribuait ce trait au groupe évalué. Nous avons calculé six scores moyens : un pour chaque dimension et un pour chaque facette. Afin de vérifier si nous retrouvions la structure des dimensions et de leurs facettes, nous avons réalisé une Analyse en Composantes Principales avec une rotation varimax. L'examen des valeurs propres a fait apparaître quatre facteurs expliquant 67.1 % de la variance, en accord avec le modèle théorique. La cohérence interne des différentes sous-dimensions de l'échelle est satisfaisante (tous les  $\alpha > .71$ ).

Pour mesurer les réactions émotionnelles vis-à-vis des personnes malades d'un cancer, nous avons utilisé les items tels que décrits dans le modèle de référence (BIAS Map [6]). Les participants devaient indiquer, grâce à une série de 8 items répartis en quatre types d'émotions (e.g., admiration, pitié, dégoût et mépris), leurs ressentis à l'égard des groupes. À nouveau, les participants devaient se positionner sur une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 5 (Tout à fait d'accord). Plus le score était élevé, plus le participant exprimait ressentir cette émotion à l'égard du groupe cible. Afin de vérifier la cohérence de notre échelle, nous avons réalisé une Analyse en Composantes Principales avec une rotation varimax. L'examen des valeurs propres n'a fait apparaître que deux facteurs expliquant 54.4% de la variance et non quatre comme attendu par le modèle théorique de référence. Le premier facteur a regroupé l'ensemble des émotions positives (les 2 items d'admiration et un item de pitié : la sympathie) et le second l'ensemble des émotions négatives (les 2 items du dégoût, du mépris, ainsi qu'un item de pitié). Cette structure est en adéquation avec celle retrouvée dans d'autres études [31]. La cohérence interne des émotions était satisfaisante (tous les  $\alpha > .70$ ).

Pour mesurer les tendances comportementales, nous avons à nouveau utilisé les items recommandés par la littérature de référence [6]. Une série de 8 items répartis en quatre types de comportements a été présentée aux participants. Ces comportements reflétaient l'envie active ou non de se rapprocher des groupes (comportements prosociaux actifs vs passifs, tels que les aider vs coopérer avec eux), le désir actif ou non de les garder à distance (comportements antisociaux actifs vs passifs, tels que les attaquer vs les exclure). Les participants devaient indiquer leur accord à adopter ces comportements à l'égard des différents groupes sur une échelle de Likert allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 5 (Pas du tout d'accord). Nous avons calculé un score moyen pour chacun des quatre types de comportements, ainsi, plus le participant avait un score élevé, plus il exprimait adopter ce type de comportement vis-à-vis du groupe cible. À nouveau, nous avons réalisé une Analyse en Composantes Principales avec une rotation varimax où l'examen des valeurs propres relevait quatre facteurs expliquant 81,8% de la variance. Pour vérifier la cohérence interne d'échelles avec seulement deux items, nous avons utilisé des corrélations de Spearman-Brown comme recommandé par Eisinga et al. [32]. Les corrélations étaient significatives pour les deux items mesurant les comportements prosociaux actifs,  $\rho = .51$ ,  $p < .001$ , les deux mesurant les prosociaux passifs,  $\rho = .57$ ,  $p < .001$ , les deux mesurant les antisociaux actifs,  $\rho = .62$ ,  $p < .001$ , ainsi que les deux mesurant les antisociaux passifs,  $\rho = .67$ ,  $p < .001$ .

### **Analyses statistiques**

Afin de tester nos hypothèses, nous avons réalisé différents types d'analyses avec le logiciel Jamovi.

Dans l'Etude 1, nous avons mené trois types d'analyses statistiques différentes afin de tester nos hypothèses. Nous avons mené une analyse de variance (ANOVA) avec la dimension de jugement (chaleur vs compétence) en facteur intra-sujet afin d'analyser les croyances sur soi des personnes malades. Nous avons ensuite mené des analyses de régression linéaire pour examiner les liens entre croyances sur soi et la révélation de la maladie sur le bien-être psychologique. Enfin, nous avons mené des analyses de médiation afin d'examiner le potentiel rôle médiateur de la compétence perçue dans la relation entre la possibilité de révéler sa maladie et le BEP sur la base des recommandations de Baron et Kenny [33].

Dans l'Etude 2, nous avons mené deux types d'analyses statistiques distincts. À nouveau, nous avons utilisé des analyses de variance (ANOVA) avec le groupe cible (malade vs en bonne santé) en facteur inter-sujet et les dimensions (chaleur vs compétence) en facteur intra-sujet. Nous avons utilisé le même type d'analyses en sélectionnant cette fois les facettes de jugement (sociabilité, moralité, capacité, effort) en facteur intra-sujet, puis les réactions émotionnelles (positives, négatives) en facteur intra-sujet, enfin en considérant les comportements (prosociaux actif et passif, antisociaux actif et passif) en facteur intra-sujet. Nous avons également réalisé des analyses de médiation sur la base des recommandations de Baron et Kenny en s'appuyant sur des analyses de régression [33]. Notre objectif était de tester le rôle médiateur des réactions émotionnelles dans la relation entre les croyances stéréotypées et les intentions comportementales. Dans cette dernière analyse, nous avons proposé un focus sur la dimension de compétence, dans la mesure où celle-ci est reconnue pour être la plus valorisée en contexte professionnel [12].

## Résultats

### Etude 1

#### *Croyances stéréotypées*

Concernant les croyances sur soi des personnes malades, les résultats de l'ANOVA à mesures répétées ont montré un effet majeur de la perception de soi sur le score de perception global ( $F(1, 220) = 275, p < .001, \eta^2 = .56$ ). Les personnes malades se perçoivent significativement plus chaleureuses ( $M = 4.33, ET = 0.03$ ) que compétentes ( $M = 3.56, ET = 0.05$ ). Conformément à notre hypothèse H1, nous avons mis en évidence la dévalorisation sur la compétence que les personnes malades du cancer s'auto-attribuent.

#### *Bien-être psychologique*

De manière générale, la moyenne de BEP est de 3.49 ( $ET = 0.63$ ). Par rapport au centre de l'échelle, la moyenne du BEP en diffère de manière significative ( $t_{(220)} = 22.3, p < .001$ ), traduisant l'existence d'une variabilité importante du bien-être dans la population interrogée. Par la suite, nous avons mené une analyse de régression linéaire pour examiner la valeur prédictive de la chaleur et de la compétence perçue sur le BEP. Spécifiquement, seule la compétence perçue est significativement associée au BEP ( $\beta = .51, p < .001, \text{Adj. } R^2 = 0.29$ ). Notre hypothèse H2 est partiellement confirmée. De façon intéressante, seule la compétence perçue est prédictive du BEP. Ainsi, plus les personnes malades se perçoivent comme compétentes, plus elles seront satisfaites à l'égard de leur vie.

#### *Révélation de la maladie*

Tout d'abord, nous avons mené des analyses descriptives sur notre échantillon pour mieux connaître les situations de révélation en milieu professionnel. Les résultats indiquent que le cancer est révélé au travail dans 98% des cas. Cependant, 36,7% des personnes malades n'ont pas révélé

d'elles-mêmes leur maladie à un collègue. Suite à ces analyses descriptives, nous avons mené des analyses de régression linéaire où nous nous sommes intéressés à l'impact de la façon dont la maladie est révélée sur le BEP. Conformément à ce que nous attendions (H3), nous avons observé, un lien de causalité où la façon de révéler la maladie prédit significativement le BEP ( $b = -.17$ ,  $t = -1.92$ ,  $p = .05$ ) : lorsque la maladie est révélée par un tiers (ici les collègues ou un manager) plutôt que par la personne malade elle-même, le bien-être du malade diminue.

Notre dernière hypothèse (H4) explorait comment la façon dont la maladie est révélée, impacte positivement le BEP. Plus précisément, nous suggérions que la compétence perçue est un médiateur de la relation entre la façon de révéler et le BEP. La Fig. 1 présente cette médiation et les indicateurs statistiques pertinents. Comme présenté précédemment, nous avons pu attester de la significativité de l'effet de l'annonceur de la révélation sur le BEP dans le cadre du test de H3. Une seconde analyse de la régression a mis en évidence que le fait de pouvoir annoncer soi-même sa maladie prédit significativement la compétence perçue ( $b = -.27$ ,  $t = -2.52$ ,  $p < .02$ ). Enfin, nous avons réalisé une troisième régression avec l'annonceur de la révélation et la compétence comme prédicteurs du BEP. Seul l'effet de la compétence perçue demeure significatif ( $b = .43$ ,  $t = 9.07$ ,  $p < .001$ ). En effet, la révélation de la maladie n'a plus d'effet significatif sur le BEP ( $b = -.05$ ,  $t = -.68$ ,  $p = .49$ ) suite à l'ajout du médiateur. L'effet indirect de la révélation sur le BEP par le biais de la compétence perçue est significatif ( $ab = -.12$  ; IC 95% [-.21, -.02]). Cela suggère que la compétence perçue représente le mécanisme explicatif de la relation entre la manière de révéler et le BEP. En effet, nos résultats mettent en évidence que la compétence perçue médiatise totalement la relation entre la façon de révéler la maladie et le BEP. Ainsi, lorsque le cancer n'est pas révélé par la personne malade, son bien-être psychologique est moindre et ceci s'explique par le sentiment de compétence.

## Etude 2

Les moyennes et écarts-types de toutes les mesures sont présentées dans le Tableau (1).

### *Croyances stéréotypées*

Au niveau des dimensions, nous avons observé un effet principal du groupe cible ( $F(1, 157) = 57.32$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .27$ ) en faveur d'un score globalement plus élevé pour les personnes malades que ceux en bonne santé. Nous avons également retrouvé un effet principal de dimensions du jugement ( $F(1, 157) = 113.47$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .42$ ), où les participants ont attribué globalement plus de compétence que de chaleur quel que soit le groupe évalué. En revanche, nous n'observons pas d'effet d'interaction entre les groupes cible et le jugement ( $F(1, 157) = 0.05$ ,  $p = .82$ ,  $\eta^2 = .0001$ ). Autrement dit, le résultat principal ici est que les malades sont globalement jugés plus positivement que les personnes en bonne santé et plus compétents que chaleureux, ce qui n'était pas ce à quoi nous nous attendions (H1 et H1').

Au niveau des facettes, nous retrouvons un effet principal du groupe cible ( $F(1, 157) = 57.3$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .05$ ), en faveur d'un score plus élevé pour les personnes malades que ceux en bonne santé. Nous avons mis en évidence un effet principal des facettes ( $F(3, 471) = 81.2$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .34$ ), où les participants ont attribué plus d'effort que de qualités sur les autres facettes. Nous avons observé un effet d'interaction entre les groupes cibles et les facettes ( $F(3, 471) = 104.7$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .40$ ). Des tests post-hoc indiquent que les malades du cancer sont perçus plus positivement sur l'effort que sur toutes les autres facettes ( $p < .009$  pour toutes les comparaisons). De leur côté, les personnes en bonne santé sont perçues plus positivement sur la capacité que sur toutes les autres

facettes ( $p < .001$  pour toutes les comparaisons). En ce qui concerne la comparaison entre nos deux groupes cibles, des différences significatives apparaissent. En effet, les malades du cancer sont perçus moins capables que les personnes en bonne santé ( $p < .001$ ), mais plus moraux qu'elles ( $p < .001$ ). Ils sont également perçus comme faisant plus d'effort que les personnes en bonne santé ( $p < .001$ ). Par contre, ils sont perçus tout aussi sociables l'un que l'autre ( $p = .69$ ).

En résumé, l'étude des facettes indique que les personnes malades sont jugées globalement positivement, mais que la survalorisation se fait au bénéfice de l'effort, d'une part, et de la moralité, d'autre part. Les malades ne sont que peu valorisés sur la capacité alors que les personnes en bonne santé sont reconnues en priorité pour cela. Nos hypothèses concernant les croyances stéréotypées au niveau des facettes (H2 et H2') sont validées. Ce dernier résultat confirme des résultats antérieurs indiquant que l'effort caractérise les groupes qui essaient de s'insérer mais restent dévalorisés sur le marché de l'emploi [9,24].

### **Réactions émotionnelles**

Au niveau des émotions, les résultats n'indiquent pas d'effet principal du groupe cible ( $F(1, 157) = 0.17, p = .68, \eta^2 = .001$ ). Par contre, ils montrent un effet principal des émotions ( $F(1, 157) = 446.74, p < .001, \eta^2 = .74$ ) ; où les participants ont évoqué plus émotions positives que d'émotions négatives. Nous avons observé un effet d'interaction entre les groupes cibles et les émotions ( $F(1, 157) = 145.75, p < .001, \eta^2 = .49$ ). Des tests post hoc ont été réalisés et ont indiqué que les malades suscitent plus d'émotions positives que d'émotions négatives ( $p < .001$ ) et qu'ils éveillent plus d'émotions positives que les personnes en bonne santé ( $p < .001$ ). À nouveau, en nous focalisant cette fois sur les émotions ressenties, nous retrouvons ici des attitudes favorables aux personnes malades. Notre hypothèse concernant les émotions (H3) est validée.

### **Tendances comportementales**

Au niveau des tendances comportementales, nous avons observé un effet principal du groupe cible ( $F(1, 157) = 19.5, p < .001, \eta^2 = .11$ ) : les malades suscitent plus de réactions comportementales que ceux en bonne santé. Nous avons également retrouvé un effet principal du comportement ( $F(3, 471) = 337.3, p < .001, \eta^2 = .68$ ). De manière générale, les participants expriment plus de comportements prosociaux actifs que tous les autres types de comportement. Enfin, nous avons observé un effet d'interaction entre les groupes cible et les comportements ( $F(3, 471) = 101.5, p < .001, \eta^2 = .39$ ). Des tests post hoc ont mis en avant le fait que les malades éveillaient plus de comportements prosociaux actifs (les soutenir) que tous les autres types de comportements ( $p < .001$  pour toutes les comparaisons). Par contre, ils éveillaient dans un second temps plus de comportements prosociaux passifs (coopérer) que de comportements antisociaux passifs ( $p < .001$ ). De leur côté, les personnes en bonne santé évoquaient plus de comportements prosociaux passifs que les autres comportements ( $p < .001$  pour toutes les comparaisons).

Lors de la comparaison de nos deux groupes cibles, des différences significatives apparaissent. Ainsi, les malades évoquaient bien plus de comportements prosociaux actifs que ceux en bonne santé ( $p < .001$ ), mais paradoxalement, les malades éveillaient plus de comportements antisociaux passifs (les exclure) que les personnes en bonne santé ( $p < .001$ ). En résumé, les participants ont indiqué avoir des comportements d'abord de soutien et de coopération avec les malades, puis dans un troisième temps, d'exclusions envers eux. Ils ont indiqué qu'uniquement les comportements de soutien sont plus importants envers les malades que les personnes en bonne santé. Paradoxalement, ils ont

également exprimé davantage de comportements de rejet et d'exclusion envers les malades par rapport aux personnes en bonne santé. Notre hypothèse (H4) est partiellement validée : en effet, les malades éveillent bien ces deux types de comportements de manière plus importante que les personnes en bonne santé. Par contre, un troisième type de comportement (coopérer) est présent, de manière plus importante que le fait de les exclure.

Pour terminer, notre dernière hypothèse (H5) explorait comment les croyances stéréotypées impactent les comportements. Plus précisément, nous suggérons, en lien avec le modèle de référence [6], que les émotions sont un médiateur de la relation entre les croyances stéréotypées et les comportements. Pour ce faire, nous avons réalisé une analyse de médiation afin d'observer si les émotions positives sont un médiateur de la relation entre la capacité et les comportements antisociaux. La Fig. 2 présente cette médiation et les indicateurs statistiques pertinents. Dans un premier temps, notre analyse de régression met en évidence que la facette de capacité prédit significativement et négativement les comportements antisociaux ( $b = -.27$ ,  $t = -2.53$ ,  $p < .01$ ). La deuxième régression portait sur la relation entre la capacité et les émotions positives. La capacité prédit significativement et positivement les émotions positives ( $b = .36$ ,  $t = 3.94$ ,  $p < .001$ ). Enfin, nous avons réalisé une régression multiple avec la capacité et les émotions positives comme prédicteurs des comportements antisociaux. Seules les émotions positives demeurent significatives ( $b = -.24$ ,  $t = -2.69$ ,  $p < .007$ ). En effet, la capacité n'a plus d'effet significatif sur les comportements ( $b = -.07$ ,  $t = -.08$ ,  $p = .44$ ). L'effet indirect de la capacité sur les comportements antisociaux par le biais des émotions positives est significatif ( $ab = -.09$  ; IC 95% [-.016, -.02]). Cela suggère que les émotions positives représentent le mécanisme explicatif de la relation entre la capacité et les comportements antisociaux. En effet, nos résultats mettent en évidence que les émotions positives médiatisent totalement la relation entre la capacité et les comportements antisociaux. Plus la capacité perçue est élevée, moins les participants ont tendance à avoir des comportements antisociaux et ceci s'explique par les émotions positives.

### Discussion

L'objectif de cette recherche était d'apporter des éléments permettant de mettre en évidence des mécanismes psycho-sociaux susceptibles de rendre compte des difficultés de reprise d'un travail après un cancer. Pour ce faire, nous avons mené deux études. La première sollicitait des personnes malades du cancer alors que la seconde impliquait une population tout-venante. À travers ces deux études, nous nous sommes appuyés sur un modèle très consensuel en psychologie sociale pour expliquer les relations entre les groupes sociaux [5,6,29], en ciblant les croyances stéréotypées (Etudes 1 et 2), les réactions émotionnelles et les intentions de soutien aux personnes malades (Etude 2). De façon novatrice, nous avons introduit dans ce modèle, la question du bien-être psychologique et celle de la révélation de sa maladie au moment de reprendre son travail (Etude 1).

Les résultats indiquent que les personnes malades d'un cancer se perçoivent plus chaleureuses que compétentes, confirmant les quelques données existantes [13,14]. De manière importante, plus les malades se perçoivent positivement sur la compétence, plus ils expriment un bien-être élevé. En prenant en compte le contexte réel d'emploi des personnes malades, nous avons également étudié comment la révélation de la maladie peut impacter le bien-être psychologique, élément central dans la reprise d'un emploi [2]. En effet, la question de la révélation de la maladie fait partie intégrante de la reprise d'un travail. Nos résultats ont tout d'abord mis en évidence qu'une certaine part des personnes malades n'a pas eu l'opportunité de révéler elle-même sa situation. Or,

ceux qui ont eu la possibilité de le faire se sentent plus compétents et expriment davantage de bien-être psychologique. Ce résultat montre clairement l'importance de laisser les personnes concernées garder la maîtrise sur ce qu'elles veulent dire de leurs difficultés, comme suggéré par la littérature [25,27]. Ce constat est riche d'implications potentielles pour améliorer le retour au travail. Dans un environnement qui valorise logiquement les compétences, accompagner les personnes au retour au travail dans la reconnaissance et l'affirmation de difficultés résiduelles à la maladie semble être un levier important. Pour aller plus loin, nos résultats sont en lien avec de précédents travaux focalisés sur la révélation d'identités qui pourraient être stigmatisantes. Ces travaux indiquent que révéler cette identité peut être bénéfique au bien-être et au maintien dans l'emploi pendant les traitements [34]. Le cancer peut être, lui aussi, perçu comme une identité stigmatisante, notamment en raison des peurs qu'il suscite et de la tendance à vouloir le dissimuler [35]. À l'opposé, la dissimulation d'une différence n'apparaît pas comme un élément protecteur pour les individus concernés. En effet, de récentes études, réalisées auprès de personnes autistes soulignent que la dissimulation de leur différence (ou camouflage) peut avoir des conséquences en termes de santé. Ainsi, les personnes qui camouflent leur autisme expriment une plus grande fatigue mentale et physique, rapportent plus de dépression ou encore d'anxiété [36]. Pour favoriser le retour au travail après un cancer, il semble central de prendre en compte ce qui est dit ou non sur la maladie et comment cela est dit. Révéler sa maladie en milieu professionnel permet, en premier lieu, de proposer des aménagements de travail, mais aussi de mieux gérer les séquelles physiques ou psychologiques comme le stress ou la fatigue [23]. Enfin, de façon très positive, nos résultats suggèrent qu'un accompagnement adéquat pour aider les personnes concernées à révéler leurs difficultés leur permet de se sentir plus compétentes.

Du côté du regard des autres, les résultats ciblés sur la perception d'autrui témoignent tout d'abord que, tout comme les personnes en bonne santé, les personnes malades sont jugées plus compétentes que chaleureuses. Pour mieux comprendre ce résultat apparemment surprenant, s'intéresser aux facettes de la perception sociale a constitué un atout. En effet, si les personnes en bonne santé sont valorisées à travers des caractéristiques liées à leurs capacités, les personnes malades sont, quant à elles, perçues positivement sur la facette relative à l'effort et moins sur leurs capacités. L'effort traduit le fait d'être courageux et déterminé. Ces qualificatifs sont très souvent utilisés pour décrire le parcours des malades du cancer, que ce soit dans le discours des médias ou des professionnels de santé [35]. Ils sont principalement considérés comme étant des personnes avec un esprit combatif, une forte volonté et dont le parcours est inspirant et force le respect. La métaphore de la guerre est omniprésente pour décrire leur combat face à la maladie, mais aussi leur rôle de héros et de survivant de cette bataille [35]. Ainsi, ces croyances reflètent un combat mené grâce au courage et aux efforts déployés pour vaincre la maladie. Néanmoins, des travaux antérieurs montrent que l'effort n'est pas une dimension autant valorisée que la capacité. La capacité est la possibilité d'être le meilleur et donc plus performant que les autres, atout indéniable dans les contextes compétitifs tels que celui du monde du travail [12]. Si l'image véhiculée par le cancer est que les malades sont certes courageux, mais perdent en capacités professionnelles, cela ne favorisera pas le retour au travail.

Un aspect novateur de ce travail repose sur l'intégration de la dimension émotionnelle, rarement étudiée dans les études sur le cancer et pourtant considérée comme centrale dans l'accompagnement [15]. Comme la plupart des groupes considérés positivement sur la dimension de chaleur, nos résultats indiquent que les malades éveillent des émotions plutôt positives liées à des comportements prosociaux (soutien et coopération). Toutefois, des comportements antisociaux

passifs (exclusion) sont également exprimés. En d'autres termes, même si les malades éveillent des émotions positives, il subsiste une ambivalence dans les tendances comportementales avec une oscillation entre le désir de soutien et l'indifférence. Ces résultats reflètent une ambivalence dont témoignent les personnes malades dans leur quotidien [37]. Nos résultats ont également mis en avant que les émotions positives expliquent la relation négative entre la capacité et les comportements antisociaux. Conformément au modèle de référence en psychologie sociale [6], plus on considère que les personnes malades d'un cancer peuvent être compétentes, plus on ressent des émotions positives qui elles-mêmes représentent un frein efficace aux comportements antisociaux. Ces résultats confirment l'importance des émotions dans nos comportements envers autrui [6,15]. En effet, les émotions éveillées par le cancer peuvent impacter la manière dont les employeurs accompagnent le retour au travail. Elles peuvent orienter soit vers une aide active à la reprise (par exemple, organiser les aménagements de travail en lien avec la personne malade), soit vers une exclusion (par exemple, une absence de dialogue avec la personne malade). Les émotions sont donc un facteur important à prendre en compte. Or, à l'heure actuelle, peu de dispositifs sont proposés aux employeurs pour les aider à mieux comprendre ce lien entre émotions et comportements dans le cadre de l'accompagnement au retour au travail après un cancer [37].

Si ces résultats sont éclairants pour comprendre les difficultés de retour au travail des personnes malades du cancer, ils ne sont pas sans limites. Tout d'abord, dans l'Étude 1, nous avons interrogé les personnes sur leurs souvenirs relatifs à leur reprise du travail. Nous n'avons aucune indication sur le temps écoulé entre ce moment et la conduite de notre étude. La façon de reconstruire ce moment clé peut être très variable d'un participant à l'autre. Plus particulièrement, de futurs travaux pourraient suivre les premières semaines de retour au travail pour être au plus près du vécu réel des personnes concernées. De manière complémentaire, dans l'Étude 2, cibler des populations spécifiques telles que les collègues et les employeurs permettrait de comprendre les croyances et les ressentis de façon plus ciblée. Ensuite, dans les deux études, nous n'avons pas pu prendre en compte le type de cancer, ni les séquelles laissées par la maladie, alors que certaines études ont pu mettre en évidence la pertinence de ces facteurs [38]. Des études plus qualitatives pourraient tenir compte de ces différents facteurs et apporter des informations pertinentes dans l'accompagnement personnalisé vers le retour au travail.

### **Implications et conclusion**

Ces deux études, directement appliquées aux difficultés rencontrées par les personnes malades d'un cancer au moment du retour au travail, offrent des pistes concrètes pour améliorer celui-ci. En effet, la question de l'inclusion professionnelle des publics fragilisés est essentielle, car la reprise d'un travail est souvent considérée comme un facteur d'amélioration de la qualité de vie [2]. Pourtant, cette reprise reste complexe tout aussi bien pour les personnes malades que pour les employeurs [37].

Du côté des personnes malades, deux axes d'intervention paraissent primordiaux. Le premier axe concerne le développement d'un accompagnement spécifique pour aider les personnes malades à identifier les biais de jugements et valoriser plus objectivement les capacités des personnes après une maladie telle que le cancer. Il s'agit par exemple, au travers d'accompagnement individuel ou d'ateliers collectifs, de mettre en lumière les compétences et savoirs-être acquis afin d'améliorer le sentiment d'efficacité personnelle ou encore de favoriser la résilience de la personne malade [4]. Cette proposition s'appuie sur des dispositifs existants dans l'accompagnement des personnes en

situation de chômage [39]. Le second axe concerne la préparation à la révélation (ou non) de la maladie en milieu professionnel. Pour accompagner ce processus, il s'agit d'informer les personnes sur les conséquences positives à la maîtrise de cette annonce, mais aussi sur les différentes manières de la révéler et les informations à partager dans ce cadre.

Du côté des personnes qui vont entourer le retour au travail (collègues et employeurs), il semble important de pouvoir développer différentes interventions de sensibilisation afin de changer le regard sur le cancer. Ces interventions peuvent cibler les mêmes mécanismes que celles adressées aux personnes malades, c'est-à-dire apprendre à reconnaître les biais de jugement et proposer des dispositifs susceptibles de reconnaître des compétences réelles. Pour pouvoir changer la perception et les croyances des employeurs, des actions de simulation de handicap ou de « contact incarné » peuvent également être utilisées [40]. Cette mise en situation permet d'objectiver les difficultés à réaliser une tâche, indépendamment des compétences pour la mener à bien. Objectiver des difficultés et les décentrer de la personne vers la tâche à accomplir peuvent constituer un des leviers efficaces pour lutter contre les stéréotypes d'incapacité. Afin de changer le regard sur le cancer, une proposition complémentaire pourrait, quant à elle, se centrer sur les réactions émotionnelles et leur impact sur l'envie d'aller vers l'autre. Il s'agit ici de développer des actions de sensibilisation allant au-delà de l'apport de connaissances sur le cancer, telles qu'elles peuvent être classiquement dispensées. L'objectif principal de ces sensibilisations serait d'aborder la question des interactions sociales pour favoriser le contact entre employeurs et personnes malades et réduire les attitudes négatives entre les différents groupes [40]. Le contenu principal de ces actions serait focalisé sur les émotions, leur prédiction dans les comportements de (non)soutien des employeurs et comment celles-ci peuvent (dév)favoriser le contact avec la personne malade.

En résumé, ces résultats sont encourageants pour le retour au travail après un cancer. L'intérêt d'un regard holistique autour de la question de la reprise d'un travail permet d'apporter une double clef de compréhension aux difficultés qui jalonnent le chemin de celui-ci : celui du malade et celui du regard extérieur porté sur les personnes concernées. Cette idée de prendre en considération les personnes malades, mais également les employeurs, s'inscrit dans une lignée d'études ayant pour objectif d'élargir le spectre des parties prenantes au retour au travail [4]. Ainsi, anticiper et combiner accompagnement du malade et accompagnement des employeurs semble être une piste intéressante à envisager pour favoriser l'inclusion professionnelle de tous.

**Ethique :** Différentes précautions ont été prises dans le cadre de nos études. Dans nos études, nous avons demandé aux participants d'exprimer leurs croyances à l'égard d'eux-mêmes (Etude 1) et leurs croyances, émotions et comportements à l'égard des personnes malades du cancer (Etude 2). De plus, l'expérience personnelle des participants (vécu par rapport à cette maladie, dans son entourage proche, fait d'y avoir été confronté personnellement ou non) peut faire émerger des souvenirs ou des réminiscences négatives. Ainsi, il était précisé aux participants (dans les deux études) qu'ils pouvaient, à tout moment : (1) arrêter de remplir le questionnaire en cours, (2) interrompre leur participation à l'étude sans justification, ou encore (3) bénéficier d'un soutien psychologique proposé par la plateforme d'écoute nationale de la Ligue contre le cancer.

**Remerciements :** L'Etude 1 a été réalisé auprès du Comité du Haut-Rhin de la Ligue contre le cancer. L'Etude 2 a été réalisé dans le cadre d'un doctorat en formation continue financé par le Comité du Bas-Rhin de la Ligue contre le cancer.

**Conflits d'intérêt** : J.D Salariée et doctorat financé par le Comité du Bas-Rhin de la Ligue contre le cancer. L.S Salariée du Comité du Haut-Rhin de la Ligue contre le cancer au moment de l'étude 1. O.R, V.B Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

1. INCa. La vie cinq ans après un diagnostic de cancer. INCa ; 2018.
2. Stergiou-Kita M, Grigorovich A, Tseung V, Milosevic E, Hebert D, Phan S, et al. Qualitative meta-synthesis of survivors' work experiences and the development of strategies to facilitate return to work. *J Cancer Surviv Res Pract*. 2014 ;8(4):657-70.
3. Greidanus MA, Boer AGEM de, Rijk AE de, Tiedtke CM, Casterlé BD de, Frings-Dresen MHW, et al. Perceived employer-related barriers and facilitators for work participation of cancer survivors: A systematic review of employers' and survivors' perspectives. *Psychooncology*. 2018 ;27(3):725-33.
4. Porro B, Durand MJ, Petit A, Bertin M, Roquelaure Y. Return to work of breast cancer survivors: toward an integrative and transactional conceptual model. *J Cancer Surviv*. 2022 ;16(3):590-603.
5. Abele AE, Ellemers N, Fiske ST, Koch A, Yzerbyt V. Navigating the social world: Toward an integrated framework for evaluating self, individuals, and groups. *Psychol Rev*. 2021 ;128(2):290-314.
6. Cuddy AJC, Fiske ST, Glick P. The BIAS map: Behaviors from intergroup affect and stereotypes. *J Pers Soc Psychol*. 2007 ;92(4):631-48.
7. Rohmer O, Louvet E. Le stéréotype des personnes handicapées en fonction de la nature de la déficience. *Année Psychol*. 2011 ;111(1):69-85.
8. Cambon L, Yzerbyt V, Yakimova S. Compensation in intergroup relations: An investigation of its structural and strategic foundations. *Br J Soc Psychol*. 2015 ;54(1):140-58.
9. Rohmer O, Granjon M, Louvet E. On dit les apprécier, alors pourquoi les personnes en situation de handicap sont-elles discriminées ? In: *La psychologie des préjugés et de la discrimination : Point de vue des discriminants et de leurs cibles*. seconde édition. Bruxelles: De Boeck ; 2022.
10. Aubé B, Rohmer O, Yzerbyt V. How threatening are people with mental disability? it depends on the type of threat and the disability. *Curr Psychol*. 2022 ;42(31):27019-34.
11. Cohen J, Darnon C, Mollaret P. Distinguishing the desire to learn from the desire to perform: The social value of achievement goals. *J Soc Psychol*. 2 janv 2017 ;157(1):30-46.
12. Louvet E, Cambon L, Milhabet I, Rohmer O. The relationship between social status and the components of agency. *J Soc Psychol*. 2019 ;159(1):30-45.
13. Clément-Guillotin C, Falzon C, d'Arripe-Longueville F. Can exercise change the stereotypes associated with individuals with cancer?: Exercise and cancer stereotype. *Scand J Med Sci Sports*. 2015 ;25(4):552-7.
14. Martinez LR, White CD, Shapiro JR, Hebl MR. Selection BIAS: Stereotypes and discrimination related to having a history of cancer. *J Appl Psychol*. 2016 ;101(1):122-8.

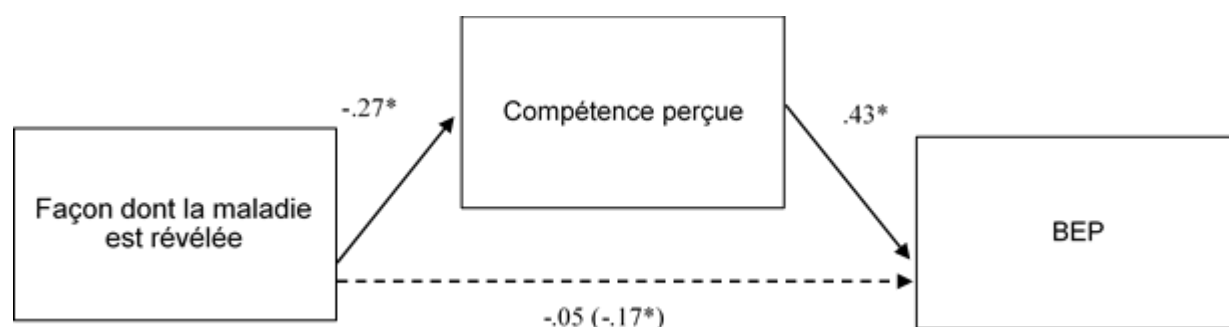
15. Sadler MS, Kaye KE, Vaughn AA. Competence and warmth stereotypes prompt mental illness stigma through emotions: Emotions mediate mental illness stigma. *J Appl Soc Psychol*. 2015 ;45(11):602-12.
16. Wojciszke B, Abele AE. Agency and communion in social cognition. In: *Agency and communion in social psychology*. 1ère édition. Londres: Routledge ; 2018. p. 25-38.
17. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res*. 2004 ;129(3):257-65.
18. Romain B, Rohmer O, Schimchowitsch S, Hübner M, Delhorme JB, Brigand C, et al. Influence of preoperative life satisfaction on recovery and outcomes after colorectal cancer surgery-a prospective pilot study. *Health Qual Life Outcomes*. 2018 ;16:1-7.
19. Houben M, Van Den Noortgate W, Kuppens P. The relation between short-term emotion dynamics and psychological well-being: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2015 ;141:901-30.
20. Kansky J. Benefits of well-being: Health, social relationships, work, and resilience. *J Posit Psychol Wellbeing*. 2017 ;1(2):129-69.
21. Ang WR, Ang WHD, Cham SQG, de Mel S, Chew HSJ, Devi MK. Effectiveness of resilience interventions among cancer patients – A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of randomised controlled trials. *Eur J Oncol Nurs*. 2023 ;67:102446.
22. Honda N, Shiroshita Y, Miyazaki A, Sobue I. Factors associated with cancer disclosure in adolescent and young adult cancer survivors: An integrative review from the social-ecological model perspective. *Eur J Oncol Nurs*. 1 avr 2024 ;69:102542.
23. Hudson E, Arnaert A, Lavoie-Tremblay M. Healthcare professional disclosure of mental illness in the workplace: a rapid scoping review. *J Ment Health*. 2021 ;1-13.
24. Granjon M, Rohmer O, Popa-Roch M, Aubé B, Sanrey C. Disability stereotyping is shaped by stigma characteristics. *Group Process Intergroup Relat*. 2023 ;0(0):1-20.
25. Luo M, Hancock JT. Self-disclosure and social media: motivations, mechanisms and psychological well-being. *Curr Opin Psychol*. 2020 ;31:110-5.
26. Stergiou-Kita M, Pritlove C, Kirsh B. The “Big C”—stigma, cancer, and workplace discrimination. *J Cancer Surviv*. déc 2016 ;10(6):1035-50.
27. Granjon M, Rohmer O, Popa-Roch M. Challenge de l’inclusion scolaire lié au handicap invisible: étude des jugements de soi explicites et implicites. In: *Inclusion scolaire, perspective psychosociale*. Bruxelles: Presses Universitaires de Bruxelles ; 2022.
28. Cuddy AJC, Fiske ST, Glick P. Warmth and Competence as Universal Dimensions of Social Perception: The Stereotype Content Model and the BIAS Map. In: *Advances in Experimental Social Psychology*. Academic Press ; 2008. p. 61-149.
29. Fiske S, Cuddy A, Glick P, Xu J. A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *J Pers Soc Psychol*. 2002 ;82:878-902.
30. Massé R, Poulin C, Dassa C, Lambert J, Bélair S, Battaglini MA. Élaboration et validation d’un outil

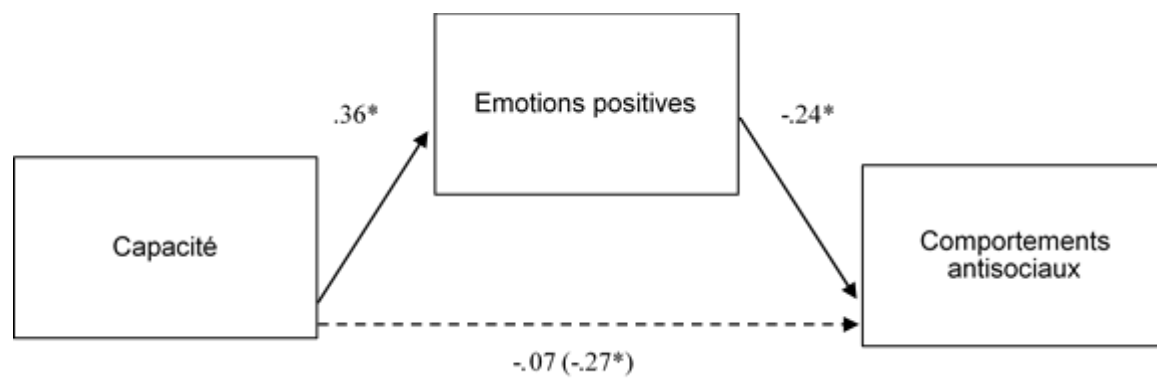
de mesure du bien-être psychologique: L'ÉMMBEP. *Can J Public Health*. 1998 ;89(5):352-7.

31. Louvet E, Rohmer O. Le rôle des réactions affectives dans la perception sociale des personnes handicapées physiques selon la familiarité avec le handicap. *Cah Int Psychol Soc*. 2000 ;(47-48):95-109.
32. Eisinga R, Grotenhuis M te, Pelzer B. The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *Int J Public Health*. 2013 ;58:637-42.
33. Baron RM, Kenny DA. The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *J Pers Soc Psychol*. 1986 ;51(6):1173-82.
34. Jonzon E, Lindblad F. Adult female victims of child sexual abuse: Multitype maltreatment and disclosure characteristics related to subjective health. *J Interpers Violence*. 2005 ;20(6):651-66.
35. Soffer M. Cancer-related stigma in the USA and Israeli mass media: an exploratory study of structural stigma. *J Cancer Surviv*. 2022 ;16(1):213-22.
36. Cage E, Troxell-Whitman Z. Understanding the Reasons, Contexts and Costs of Camouflaging for Autistic Adults. *J Autism Dev Disord*. 2019 ;49(5):1899-911.
37. Grunfeld EA, Low E, Cooper AF. Cancer survivors' and employers' perceptions of working following cancer treatment. *Occup Med*. 2010 ;60(8):611-7.
38. Marlow LAV, Waller J, Wardle J. Does lung cancer attract greater stigma than other cancer types? *Lung Cancer*. 2015 ;88(1):104-7.
39. Bourguignon D, Herman G. La stigmatisation des personnes sans emploi: conséquences psychologiques et stratégies de défense de soi. *Rech Sociol*. 2005 ;36(1):53-78.
40. Schuhl J, Chatard A, Lambert É. Réduire la stigmatisation des salariés reconnus handicapés : exemple d'une action de sensibilisation en entreprise. *Trav Hum*. 2020 ;83(2):91-114.

**Tableau 1:** Moyennes et écarts-types des différentes mesures de l'Etude 2

	Cancer		Bonne santé	
	M	ET	M	ET
Chaleur	3.55	0.63	3.21	0.52
Sociabilité	3.46	0.68	3.35	0.61
Moralité	3.65	0.69	3.07	0.61
Compétence	3.82	0.47	3.49	0.55
Capacité	3.30	0.67	3.63	0.67
Effort	4.34	0.50	3.35	0.63
Emotion positive	3.92	0.70	3.38	0.68
Emotion négative	2.16	0.51	2.74	0.65
Comportement prosocial actif	4.11	0.60	2.82	0.80
Comportement prosocial passif	3.35	0.79	3.81	0.64
Comportement antisocial actif	1.62	0.71	2.24	0.83
Comportement antisocial passif	2.49	1.07	2.03	0.83

**Figure 1.** Modèle de médiation pour le BEP

**Figure 2.** Modèle de médiation pour les comportements antisociaux

### **5. 3. Etude 3 : L'enjeu de la responsabilité dans la perception des différents types de cancer**

#### **5. 3. 1. Objectifs et hypothèses**

L'objectif de cette étude était de mieux comprendre les croyances stéréotypées et émotions véhiculées en fonction de différents types de cancer, se différenciant sur leur degré de responsabilité perçue dans la maladie (évitable vs. non évitable). De précédents travaux ont pu mettre en évidence que la perception des malades peut évoluer selon des facteurs spécifiques parmi lesquels l'attribution de responsabilité quant à l'apparition de la maladie est centrale (Godward et al., 2022 ; Marlow et al., 2015). La responsabilité perçue renvoie ici à l'idée que certains cancers peuvent être attribués à des comportements considérés comme évitables (e.g., le tabagisme), tandis que d'autres sont perçus comme indépendants des comportements individuels. Cependant, peu d'études se sont intéressées à la manière dont cette perception influence les croyances stéréotypées et les réactions émotionnelles envers les personnes malades.

Sur la base des modèles théoriques de référence et de nos précédents travaux, nous émettons les hypothèses suivantes<sup>16</sup> :

(H1) Nous nous attendons à ce que les malades d'un cancer soient davantage valorisés sur la dimension de chaleur que sur la compétence, qu'importe le type de cancer (Clément-Guillotin et al., 2014 ; Martinez et al., 2016 ; Taillandier-Schmitt & Michinov, 2015).

(H1') De manière complémentaire à de précédents travaux sur la responsabilité, nous faisons l'hypothèse que les malades atteints d'un cancer « évitable » sont jugés moins chaleureux et moins compétents que les malades atteints d'un cancer « non évitable » (Bresnahan et al., 2013 ; Godward et al., 2022 ; Marlow et al., 2010 ; Wang et al., 2015). Cette hypothèse est en cohérence avec les travaux sur le jugement social qui placent les minorités jugées responsables de leur situation (e.g., les

---

<sup>16</sup> Lien vers le pré-enregistrement : <https://osf.io/83twg>

sans domicile fixe, les alcooliques, etc.) dans le cadran « ni compétent, ni chaleureux », suscitant de la désapprobation (Cuddy et al., 2008, 2009).

(H2) Notre seconde hypothèse concerne sur les émotions. Nous nous attendons à ce que les malades éveillent davantage d'émotions positives (e.g., de la compassion et de la sympathie) que d'autres types d'émotions (Cuddy et al., 2007, 2008).

(H2') À nouveau conformément aux précédents travaux sur la perception de responsabilité envers différents types de cancer, nous nous attendons à ce que les malades atteints d'un cancer « évitable » éveillent plus d'émotions négatives telles que le mépris et le dégoût et moins d'émotions positives de l'ordre de la compassion et de la sympathie que les malades atteints d'un cancer « non évitable » (Chapple et al., 2004 ; Cuddy et al., 2008 ; Marlow et al., 2015 ; Shepherd & Gerend, 2014).

(H3) Nous proposons d'appréhender les liens entre la responsabilité, les stéréotypes et les émotions. Sur la base d'une précédente étude (Shepherd & Gerend, 2014), nous proposons que la responsabilité joue le rôle de médiateur de la relation entre le type de cancer et les croyances stéréotypées ou encore avec les émotions ressenties.

Enfin, comme dans la plupart des études sur la perception des minorités sociales, nous souhaitons vérifier le rôle de la familiarité sur le jugement ou les émotions. Les résultats du rôle de la familiarité dans la perception de minorités n'étant pas censuelle, nous n'émettons pas d'hypothèse spécifique (voir par exemple, Aubé et al., 2022 ; Pena Pena et al., 2016).

### **5. 3. 2. Méthode**

**Participants et design.** Une analyse de puissance a été réalisée a priori avec le logiciel G-Power en se basant sur de précédents travaux dans le cadre de l'attribution de responsabilité (Shepherd & Gerend, 2014). En définissant une taille d'effet faible ( $d = .20$ ), un seuil alpha fixé à .05 et une puissance statistique de .80, cela nécessite un échantillon de 200 participants minimum. Cette étude a été réalisée auprès de 213 participants issus d'une population française tout-venante, recrutée via les

réseaux sociaux, pour participer à une enquête sur la perception de certains types de cancer au sein de notre société. Notre échantillon était constitué de 177 femmes (83%), 35 hommes (17%) et 1 personne non-binaire, âgés de 19 à 75 ans ( $M = 36$ ,  $ET = 12.9$ ). La majorité a un diplôme de Master, un diplôme d'études supérieures spécialisées ou un diplôme d'ingénieur (41.8%). Les participants devaient exprimer leurs réponses vis-à-vis de deux types de cancer, sélectionnés aléatoirement parmi une liste de dix (e.g., cancer du sein, de la prostate, du sang, du cerveau, du pancréas, du poumon, du foie, de la peau, du colorectal et la leucémie). Notre questionnaire était hébergé par Qualtrics. Tous les participants se sont vu garantir leur anonymat et leur confidentialité. L'ensemble des données et du matériel sont disponibles sur OSF : <https://osf.io/qya4e>

**Procédure.** Notre étude a été présentée comme portant sur la perception de différents types de cancers au sein de notre société. Dans cette même présentation, nous assurons l'anonymat et la confidentialité. La signature du consentement permettait au participant d'accéder au questionnaire. Ceux qui refusaient, étaient directement redirigés vers la fin du questionnaire.

Le questionnaire comportait 23 items. Tout d'abord, les participants devaient se positionner sur les croyances stéréotypées, les émotions et la responsabilité vis-à-vis de la maladie pour un premier cancer présenté. Puis, ils étaient invités à se positionner une seconde fois pour un second type de cancer. Enfin, les participants devaient renseigner leurs données sociodémographiques (genre, âge et dernier diplôme obtenu) ainsi que leur familiarité avec le cancer au travers de trois questions. Enfin, suivant les recommandations du comité d'éthique de l'établissement, les participants étaient remerciés pour leur participation et une information quant aux possibilités d'être accompagnés sur le plan psychologique était proposée.

**Mesure des croyances stéréotypées.** Afin de mesurer les croyances stéréotypées à l'égard des différents types de cancer, nous avons sélectionné 6 traits de chaleur (e.g., sympathique) et de compétence (e.g., capable) issus des travaux dans le champ (Cuddy et al., 2007 ; Fiske et al., 2002). Les participants devaient exprimer leur degré d'accord avec la perception de chaque trait au travers

d'une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 5 (Tout à fait d'accord). Plus le score était élevé, plus le participant attribuait ce trait au type de cancer proposé. Une Analyse en Composantes Principales avec rotation varimax fait apparaître, au travers de l'examen des valeurs propres, les 2 facteurs attendus expliquant 76.3% de la variance. De plus, la cohérence interne de nos deux échelles s'est avérée satisfaisante (tous les  $\alpha$  de Cronbach  $> .79$ ). Nous avons donc calculé un score moyen de chaleur et de compétence pour les cancers évitables et les cancers non évitables.

**Mesure des émotions.** Nous avons mesuré les réactions émotionnelles vis-à-vis des différents types de cancers grâce à 8 items tels que décrits dans le modèle de référence (Cuddy et al., 2007). Ces 8 items étaient répartis en quatre types d'émotions (e.g., pitié, mépris, admiration et envie) sur lesquelles les participants devaient se positionner. À nouveau pour se positionner, les participants devaient exprimer leur degré d'accord au travers d'une échelle de Likert en 5 points (1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord). Plus leur degré d'accord était élevé, plus le participant évoquait ressentir cette émotion face au groupe cible. Une Analyse en Composantes Principales avec rotation varimax fait apparaître, au travers de l'examen des valeurs propres, seulement 3 facteurs expliquant 68.9% de la variance. Pour vérifier la cohérence interne d'échelles nous avons utilisé des corrélations de Spearman-Brown pour les facteurs avec seulement deux items (Eisinga et al., 2013) et des alphas de Cronbach pour les facteurs avec plus de deux items. Le premier facteur inclut les deux items de l'envie (26.3% de la variance,  $\rho = .60$ ,  $p < .001$ ). Le deuxième facteur inclut les deux items d'admiration et un item de la pitié (22.7% de la variance,  $\alpha = .74$ ) : ce facteur est interprété comme regroupant les émotions positives. Enfin, le troisième facteur inclut les deux items du mépris (19.6% de la variance,  $\rho = .58$ ,  $p < .001$ ), représentant les émotions négatives. Nous avons ainsi pu calculer un score moyen pour les 3 types d'émotions (émotions positives, émotions négatives et envie).

**Mesure de la responsabilité.** Nous avons mesuré la perception de responsabilité vis-à-vis de l'apparition de la maladie au travers de 3 items, issus des travaux sur les victimes d'agression et adaptés par Shepherd & Gerend (2014) dans le cadre du cancer. Au travers de ces 3 items, les

participants devaient exprimer dans quelle mesure ils avaient l'impression que les malades étaient à l'origine de leur pathologie (e.g., « sont à blâmer pour leur cancer », « sont responsables de leur cancer » et « ont eu des comportements qui ont conduit à leur cancer »). Les participants indiquaient leur degré d'accord ou de désaccord sur une échelle de Likert en 6 points (1 = Pas du tout d'accord, 6 = Tout à fait d'accord). Un score de responsabilité a été créé en additionnant les réponses aux 3 items. La cohérence interne de notre score est satisfaisante ( $\alpha = .90$ ).

**Mesure de la familiarité.** Nous avons proposé 3 items pour mesurer la familiarité vis-à-vis de la maladie (e.g., « Avez-vous déjà eu un cancer ? », « Avez-vous eu des proches, dans votre cercle familial ou amical, qui ont été touchés par un cancer ? » et « Avez-vous connu des collègues de travail qui ont été touchés par un cancer ? »). Les participants devaient se positionner sur une échelle en 3 points sous un format binaire avec une option de non-réponse (e.g., « Ne se prononce pas »). Ainsi, nous avons coté les réponses avec pour grille 1 pour les réponses « Oui » et 0 pour les réponses « Non ». Les réponses « ne se prononce pas » n'ont pas été cotées. Chaque participant s'est vu attribué un score de familiarité variant entre 0 et 3. En fonction de son score (supérieur ou inférieur à la médiane, ici à 1), chaque participant s'est vu attribuer une catégorie « familiarité + » ou « familiarité - ».

### 5. 3. 3. Résultats

Les moyennes et écarts-types de toutes les mesures sont présentées dans **Tableau 3**. Afin de tester nos hypothèses, nous avons mené différentes analyses de variances (ANOVA). Avant de réaliser les tests de nos hypothèses, nous avons vérifié que les cancers perçus comme évitables suscitaient bien plus d'attribution de responsabilité que ceux perçus comme non évitables. Pour ce faire, nous avons réalisé une ANOVA avec les types de cancers (évitable vs. non évitable) comme facteur inter-sujet et la responsabilité comme facteur intra-sujet. Dans un premier temps, pour tester H1 et H1', nous avons réalisé une ANOVA avec les dimensions de jugement (chaleur vs. compétence) en variable intra-sujet et les types de cancer (évitable vs. non évitable) en variable inter-sujet. Dans un second

temps, pour tester H2 et H2', nous avons procédé à ANOVA avec les émotions (positives vs. négatives vs. envie) comme variable intra-sujet et comme variable inter-sujet les types de cancer (évitable vs. non évitable). Dans un troisième temps, pour tester H3, nous avons réalisé des médiations sur la base des recommandations de Baron et Kenny (1986), en s'appuyant sur des régressions linéaires afin d'explorer les liens entre les croyances stéréotypées, les émotions et la responsabilité.

Pour mener nos analyses exploratoires concernant la familiarité, nous avons mené nos dernières analyses de variance pour vérifier si la familiarité avec la maladie avait un lien avec le jugement vis-à-vis des malades du cancer au travers d'ANOVA avec la familiarité comme facteur inter-sujet (familier vs. non familier) et successivement comme facteur intra-sujet : les croyances stéréotypées (chaleur vs. compétence) et les émotions (positives, négatives et envie). Une dernière ANOVA unidirectionnelle a été réalisée avec la responsabilité comme facteur intra-sujet et la familiarité comme facteur inter-sujet.

**Tableau 3.**

*Moyennes et écarts-types des dimensions du jugement social, des émotions et de la responsabilité en fonction du type de cancer*

	Non évitable		Évitable	
	M	ET	M	ET
Chaleur	3.46	0.76	3.25	0.88
Compétence	3.11	0.83	3.13	0.83
Émotions positives	3.04	0.86	2.63	0.83
Émotions négatives	2.60	0.76	2.83	0.88
Envie	1.33	0.60	1.36	0.62
Responsabilité	1.68	0.99	3.07	1.44

**Responsabilité.** Nous avons bien observé, dans un premier temps, une différence significative sur la perception de responsabilité ( $F(1, 419) = 137, p < .001, \eta p^2 = .25$ ). Les malades d'un cancer, présenté comme évitable, sont bien perçus comme plus responsables de leur pathologie que ceux ayant un cancer non évitable.

**Croyances stéréotypées.** Nous avons observé un effet principal des dimensions du jugement social ( $F(1, 424) = 49.7, p < .001, \eta p^2 = .11$ ). Les participants ont attribué plus de chaleur que de compétence aux personnes malades du cancer. Nous n'avons pas observé d'effet principal du type de cancer ( $F(1, 424) = 1.7, p = .19, \eta p^2 = .004$ ) : les participants ont jugé de manière équivalente les malades du cancer, qu'importe le type de cancer. Enfin, nous avons mis en évidence un effet d'interaction entre le type de cancer et les croyances stéréotypées ( $F(1, 424) = 13, p < .001, \eta p^2 = .03$ ). Des tests post-hoc indiquent que les malades d'un cancer évitable sont perçus aussi chaleureux que compétent ( $p = .13$ ). Par contre, les malades d'un cancer non évitable sont perçus plus chaleureux que ceux ayant un cancer évitable ( $p < .03$ ). Cependant, les résultats n'indiquent pas de différence sur la dimension de compétence : les malades d'un cancer non évitable ne sont pas perçus plus compétents que les autres ( $p = .99$ ). Ainsi, notre hypothèse H1 est validée et H1' l'est partiellement.

**Émotions.** Nos résultats ont mis en évidence un effet principal des émotions ( $F(2, 848) = 489.9, p < .001, \eta p^2 = .54$ ). Les participants évoquent globalement plus d'émotions positives que toutes les autres émotions. En revanche, nous n'observons pas d'effet principal du type de cancer ( $F(1, 424) = 1.4, p = 0.24, \eta p^2 = .003$ ). Les participants expriment autant d'émotions envers les malades d'un cancer non évitable que ceux ayant un cancer évitable. Enfin, nous avons observé un effet d'interaction entre le type de cancer et les émotions ( $F(2, 848) = 19.8, p < .001, \eta p^2 = .05$ ). Des tests post-hoc indiquent que les malades d'un cancer évitable éveillent tout autant d'émotions négatives que de positives ( $p = .32$ ). Par contre, les malades d'un cancer non évitable éveillent davantage d'émotions positives que les malades d'un cancer évitable ( $p < .001$ ). À contrario, les malades d'un cancer évitable suscitent quant à eux plus d'émotions négatives que les malades d'un cancer non évitable ( $p < .04$ ). Aucune

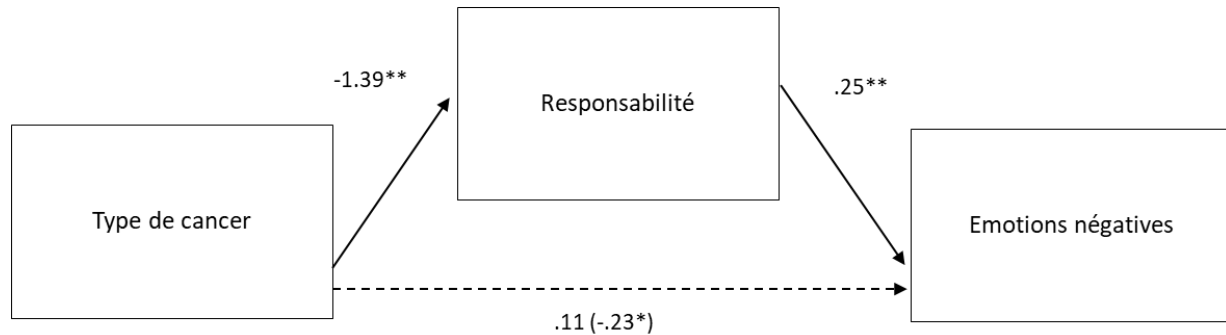
différence n'est retrouvée par rapport à l'émotion d'envie ( $p = .99$ ). Ainsi, nos hypothèses H2 et H2' sont validées.

**Médiation de la responsabilité.** Notre hypothèse suivante (H3) concernait le lien entre la responsabilité, les croyances stéréotypées ainsi que les émotions. Plus précisément, nous suggérons que la responsabilité soit le médiateur du lien entre le type de cancer et les croyances stéréotypées ainsi que les émotions, sur la base de précédents travaux (Shepherd & Gerend, 2014). Dans le cadre de notre première analyse de médiation, nous nous sommes d'abord focalisés sur les émotions négatives<sup>17</sup> comme représenté dans la **Figure 4**.

Dans un premier temps, notre analyse de régression met en évidence que le type de cancer prédit significativement et négativement les émotions négatives à l'égard de la cible ( $b = -.23$ ,  $t = -2.90$ ,  $p < .004$ ). La deuxième régression portait sur la relation entre le type de cancer et la responsabilité. Le type de cancer prédit significativement et négativement la responsabilité ( $b = -1.39$ ,  $t = -11.73$ ,  $p < .001$ ). Enfin, nous avons réalisé une régression multiple avec le type de cancer et la responsabilité comme prédicteurs des émotions négatives. Seule la responsabilité demeure significative ( $b = -.24$ ,  $t = -2.69$ ,  $p < .007$ ). En effet, le type de cancer n'a plus d'effet significatif sur les émotions négatives ( $b = .11$ ,  $t = 1.24$ ,  $p = .21$ ). L'effet indirect du type de cancer sur les émotions négatives par le biais de la responsabilité est significatif ( $ab = -.35$  ; IC 95%  $[-.45, -.25]$ ). Cela suggère que la responsabilité représente le mécanisme explicatif de la relation entre le type de cancer et les émotions négatives. En effet, nos résultats mettent en évidence que la responsabilité médiatise totalement la relation entre le type de cancer et les émotions négatives. Ainsi, lorsque le cancer est perçu comme non évitable, moins d'émotions négatives sont éveillées à leurs égards et ceci s'explique par la perception de responsabilité.

---

<sup>17</sup> A titre exploratoire, nous avons également mené une analyse de médiation de la responsabilité sur le lien entre le type de cancer et les émotions positives. Celui-ci s'est avéré peu explicatif après introduction du médiateur.

**Figure 4.***Modèle de médiation pour les émotions négatives*

*Note.* Les  $b$  correspondent à des coefficients non standardisés.

\*  $p < .004$ , \*\*  $p < .001$

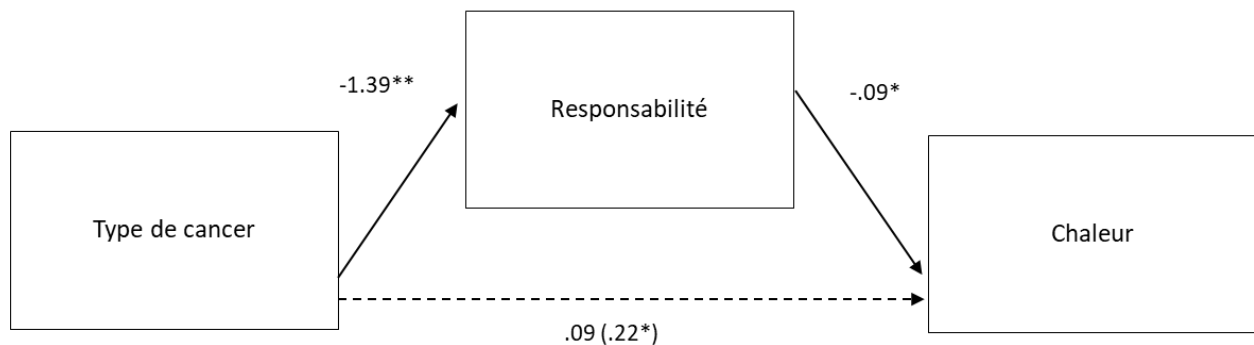
Nous avons réalisé une seconde médiation, en utilisant la même méthodologie, mais en se focalisant sur la chaleur<sup>18</sup> comme représenté dans la **Figure 5**. Notre première analyse de régression met en évidence que le type de cancer prédit significativement la chaleur ( $b = .22$ ,  $t = 2.70$ ,  $p < .007$ ). La deuxième régression portait sur la relation entre le type de cancer et la responsabilité. À nouveau, le type de cancer prédit significativement et négativement la responsabilité ( $b = -1.39$ ,  $t = -11.73$ ,  $p < .001$ ). Enfin, nous avons réalisé une régression multiple avec le type de cancer et la responsabilité comme prédicteurs de la chaleur. Seule la responsabilité demeure significative ( $b = -.09$ ,  $t = -2.79$ ,  $p < .005$ ). En effet, le type de cancer n'a plus d'effet significatif sur la chaleur ( $b = .09$ ,  $t = 1.09$ ,  $p = .27$ ). L'effet indirect du type de cancer sur la chaleur par le biais de la responsabilité est significatif ( $ab = -.12$  ; IC 95% [.03, .22]). La responsabilité à nouveau semble être le mécanisme explicatif de la relation entre le type de cancer et la chaleur, car celle-ci médiate totalement la relation entre les deux. Ainsi, lorsque le cancer est perçu comme non évitable, les malades sont perçus comme étant plus chaleureux et cela s'explique par la perception de responsabilité. Ainsi, la responsabilité semble être

<sup>18</sup> A titre exploratoire, nous avons également exploré le potentiel médiateur de la responsabilité sur la relation entre le type de cancer et la compétence. Cette relation s'est avérée non significative.

un mécanisme important dans le cadre de la perception des malades du cancer conformément à nos attentes (H3).

**Figure 5.**

*Modèle de médiation pour la chaleur*



*Note.* Les  $b$  correspondent à des coefficients non standardisés.

\*  $p < .007$ , \*\*  $p < .001$

**Familiarité.** Afin de tester un effet potentiel de la familiarité sur nos résultats, nous avons fait de nouvelles analyses de variance sur les croyances stéréotypées vis-à-vis des malades du cancer. En ce qui concerne les croyances stéréotypées, nous retrouvons un effet principal des dimensions du jugement ( $F(1, 424) = 63.03, p < .001, \eta^2 = .13$ ). Par contre, nous n'observons ni effet principal de la familiarité ( $F(1, 424) = .22, p = .64, \eta^2 = .001$ ), ni effet d'interaction entre les dimensions et la familiarité ( $F(1, 424) = 3.52, p = .06, \eta^2 = .008$ ). Ainsi, les malades du cancer sont jugés plus chaleureux ( $M = 3.38, ET = .03$ ) que compétents ( $M = 3.12, ET = .04$ ) et cela quelle que soit la familiarité avec la maladie.

Nous avons répété les mêmes analyses pour les émotions et la responsabilité vis-à-vis des malades du cancer de manière générale. Au niveau de la perception de responsabilité, nous n'observons pas d'effet de la familiarité ( $F(1, 419) = 0.32, p = .57, \eta^2 = .001$ ) : les participants attribuent tout autant de responsabilité qu'ils soient familiers ( $M = 2.18, ET = .09$ ) ou non de la maladie

( $M = 2.25$ ,  $ET = .09$ ). Au niveau des émotions, nous observons un effet principal des émotions ( $F(2, 848) = 514.79$ ,  $p < .001$ ,  $\eta p^2 = .55$ ), mais pas d'effet principal de la familiarité ( $F(1, 424) = .09$ ,  $p = .77$ ,  $\eta p^2 = .000$ ). En revanche, nous observons cette fois-ci un effet d'interaction entre les émotions et la familiarité ( $F(2, 848) = 7.6$ ,  $p < .001$ ,  $\eta p^2 = .02$ ). Des tests post-hoc indiquent que les participants familiers avec la maladie expriment plus d'émotions positives ( $M = 2.93$ ,  $ET = .06$ ) que négatives ( $M = 2.56$ ,  $ET = .05$ ,  $p < .001$ ) à l'égard des malades, ce qui n'est pas le cas des participants non familiers ; où ceux-ci expriment tout autant d'émotions négatives ( $M = 2.81$ ,  $ET = .05$ ) que positives ( $M = 2.84$ ,  $ET = .06$ ,  $p = .99$ ). De plus, les participants familiers expriment moins d'émotions négatives à l'égard des malades que les participants non familiers avec la maladie ( $p < .02$ ). En résumé, nous observons que la familiarité a peu d'effet sur la perception des malades du cancer : ceux-ci sont globalement perçus de la même manière qu'importe le niveau de familiarité, avec une exception sur le ressenti émotionnel, plus positif chez les personnes familières avec la maladie.

#### **5. 3. 4. Discussion**

L'objectif de cette étude était d'examiner l'impact de l'attribution de responsabilité sur la perception sociale des personnes malades du cancer. Plus spécifiquement, nous avons analysé les croyances stéréotypées et les émotions associées à deux types de cancers : les cancers perçus comme évitables et ceux perçus comme non évitables. En intégrant la responsabilité comme un facteur explicatif central, notre ambition est de confirmer que le stéréotype attribué aux personnes atteintes d'un cancer peut varier en fonction des croyances sur la maladie.

Nos résultats confirment l'ambivalence dans le jugement des personnes malades du cancer : elles sont jugées comme plus chaleureuses que compétentes (Clément-Guillotin et al., 2014 ; Martinez et al., 2016 ; Taillandier-Schmitt & Michinov, 2015). Toutefois, ce jugement varie selon le type de cancer. Les malades atteints d'un cancer perçu comme évitable sont évalués comme à la fois peu chaleureux et peu compétents. On n'observe plus le jugement positif sur la chaleur comme mécanisme de compensation du manque de compétence (Yzerbyt & Cambon, 2017). Les malades d'un

cancer non évitable, quant à eux, sont dévalorisés sur la dimension de compétence, mais sont perçus comme chaleureux et surtout plus chaleureux que ceux atteints d'un cancer évitable. Notons que conformément à d'autres résultats sur le jugement compensatoire des groupes minoritaires protégés par les normes sociales (Granjon et al., 2023 ; Yzerbyt et al., in press), aucune différence n'est observée sur la compétence, quel que soit le type de cancer. Les malades sont systématiquement jugés comme peu compétents, une dimension pourtant perçue comme essentielle pour assurer la réussite professionnelle (Louvet et al., 2019 ; Yzerbyt et al., 2022).

Concernant les émotions exprimées, elles varient également en fonction du type de cancer. De manière concordante avec notre étude précédente (Daul et al., 2025), les malades du cancer suscitent des émotions positives, mais qui deviennent plus ambivalentes quand le cancer est perçu comme évitable, avec l'apparition de ressentis négatifs de l'ordre du mépris. Ces résultats soulignent comment la responsabilité perçue est un mécanisme explicatif pertinent du jugement social, générant de la variabilité et plaidant en faveur de l'existence de sous-groupes distincts au sein de la catégorie globale des personnes malades du cancer, comme cela est le cas pour d'autres catégories telles que les personnes en situation de handicap (e.g., Aubé et al., 2022 ; Clément-Guillotin & Pantaleon, 2018 ; Pantaléon et al., 2023 ; Rohmer & Louvet, 2011) ou les personnes âgées (e.g., Boudjemadi et al., 2023). Par exemple, on retrouve cette capacité des individus à nuancer leurs jugements en fonction de données contextuelles : de précédents travaux dans le cadre du cancer ont ainsi mis en évidence une perception différenciée des malades du cancer selon leur engagement dans une activité physique adaptée (Clément-Guillotin et al., 2014). Nos résultats prolongent les perspectives ouvertes dans ce champ, en montrant que l'attribution de responsabilité est un facteur clé pouvant impacter la perception des malades du cancer et contribuer à l'existence de sous-groupes différenciés.

L'aspect innovant de notre travail repose sur le fait de considérer l'attribution de responsabilité dans l'origine de la maladie comme un mécanisme explicatif de cette perception. Nos analyses de médiation révèlent que la responsabilité influence directement la perception de chaleur

et les émotions négatives. Plus un cancer est perçu comme évitable, plus la personne malade est jugée responsable, moins elle est perçue comme chaleureuse et plus elle suscite des émotions négatives. Ces résultats s'inscrivent dans la continuité des travaux de Shepherd & Gerend (2014), qui ont démontré que la mention explicite d'une cause évitable d'un cancer (e.g., un cancer du col de l'utérus lié au papillomavirus) entraîne des jugements plus négatifs qu'en l'absence d'information sur les causes. Nos résultats suggèrent que cette variable joue un rôle clé dans la stigmatisation des malades et mériterait d'être davantage explorée dans les recherches futures.

Ces éléments viennent alimenter les mécanismes à prendre en compte dans les actions visant à améliorer la qualité de vie des personnes malades et a fortiori leur retour au travail. Une première piste d'intervention consiste à pouvoir sensibiliser collègues et employeurs aux biais cognitifs de jugement en montrant que la perception d'un collègue atteint d'un cancer n'est pas neutre et peut être influencée par la perception des causes supposées de la maladie. Par exemple, un employeur pourrait être plus enclin à soutenir un collègue atteint d'un cancer du sein (jugé non évitable) qu'un salarié souffrant d'un cancer du poumon (considéré comme évitable). Intégrer ces connaissances dans les campagnes de sensibilisation en entreprise pourrait contribuer à rendre attentif à ces biais et aider à favoriser un environnement de travail plus inclusif (Daul et al., 2024 ; Schuhl et al., 2020).

Il semble important que les campagnes de prévention des cancers (réalisées en entreprises ou non), prennent en compte ces éléments afin d'éviter de renforcer la stigmatisation des individus perçus comme responsables de leur maladie. Bien que ces campagnes soient efficaces pour encourager des comportements préventifs, elles peuvent également provoquer des réactions négatives, contribuant à la stigmatisation des personnes malades (Brewis & Wutich, 2019). En effet, une étude menée en Chine auprès des personnels infirmiers démontrent que, même des professionnels de santé, attribuent plus de responsabilité aux malades d'un cancer du poumon qu'aux autres, ce qui peut potentiellement avoir un impact sur leurs prises en charge et la qualité des soins auprès de ces mêmes patients (Wang et al., 2015). Ceux-ci sont considérés comme étant « tous des

fumeurs », menant à une responsabilité plus importante et à des effets délétères pour le bien-être de la personne ainsi que pour sa prise en charge (Marlow et al., 2015). Une approche plus équilibrée des messages de prévention pourrait alors réduire ces effets délétères.

Enfin, de futures recherches seront utiles pour mieux comprendre pourquoi la familiarité avec les minorités sociales n'est pas un levier consistant pour améliorer la perception sociale (Aubé et al., 2022 ; Granjon et al., 2023 ; Pelleboer-Gunnink et al., 2021 ; Pena Pena et al., 2016). En lien avec les travaux qui prennent en compte cette variable, nos analyses n'ont pas révélé de vrais bénéfices de la familiarité. Plusieurs explications sont possibles : d'une part, nous avons peut-être mal mesuré la familiarité des participants (trois questions à modalité binaire) ; d'autre part, comme évoqué dans d'autres travaux, il est possible que la familiarité augmente l'attention porté à la maladie et donc à ce qui ne va pas (Louvet & Rohmer, 2000).

#### **5. 4. Synthèse des résultats du Chapitre 5**

Les études de ce chapitre s'inscrivent dans l'objectif principal de cette thèse, qui est d'apporter un nouvel éclairage sur les difficultés rencontrées par les employeurs dans l'accompagnement du retour au travail après un cancer, à travers une approche centrée sur les modèles actuels du jugement social des groupes. En mobilisant des modèles de psychologie sociale, nous avons exploré différentes dimensions fondamentales, à savoir les stéréotypes (dimensions et facettes), les réactions émotionnelles, les comportements et l'attribution de responsabilité.

Nos résultats confirment l'existence d'une perception ambivalente des personnes malades du cancer. Elles sont décrites comme courageuses (faisant des efforts), morales et sociables, mais perçues comme moins capables, notamment en comparaison avec des personnes en bonne santé (Étude 2\_B). L'appui théorique sur des modèles actuels de jugement qui différencient la chaleur et la compétence et qui proposent également de considérer les facettes de ces dimensions (Yzerbyt et al., 2025) s'est avérée un atout pour mieux comprendre comment la perception peut être un obstacle potentiel au retour au travail. Une dynamique similaire est observée dans la perception de soi où les

personnes malades se perçoivent comme moins compétentes, ce qui peut nuire à leur bien-être psychologique (Étude 2\_A) et plus largement à leur motivation à retourner en emploi (Grunfeld et al., 2013). Enfin, si les jugements de chaleur peuvent constituer un atout relatif pour ces personnes, cet atout s'estompe si la personne est perçue comme responsable de sa maladie (Étude 3), avec le risque d'une marginalisation dans les différentes sphères de sa vie (Cuddy et al., 2008).

Les émotions jouent également un rôle important. Les personnes malades éveillent davantage d'émotions positives que négatives, et ce, de façon plus accentuée que les personnes en bonne santé (Étude 2\_B). Le lien avec l'attribution de compétence est d'autant plus notable, puisque plus une personne malade est perçue comme capable, plus les émotions positives sont fortes, renforçant ainsi les intentions d'aide. Toutefois, l'Étude 3 nuance la tendance à exprimer des émotions positives envers les malades : ceux ayant des cancers perçus comme évitables suscitent moins d'émotions positives et davantage d'émotions négatives, traduisant des réactions plus ambivalentes. Cette dynamique émotionnelle influence les comportements : si les malades bénéficient majoritairement de soutien et de coopération, ils font aussi l'objet de comportements d'exclusion plus marqués (Étude 2\_B).

La perception de responsabilité émerge donc comme un facteur déterminant à prendre en compte dans le processus de perception sociale des malades. Ce facteur médiatise la relation entre le type de cancer et les jugements de chaleur, ainsi qu'entre le type de cancer et les émotions négatives (Étude 3).

Enfin, nos résultats ont révélé que lorsque la personne malade peut contrôler le processus de révélation de sa maladie, elle se sent plus compétente et exprime un bien-être psychologique plus élevé (Étude 2\_A). Au-delà de la révélation ou non de la maladie, c'est bien la façon dont elle est faite, qui est actuellement considérée comme un effet majeur dans le processus d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap ou une maladie non visible (Richard et al., 2025) et méritera d'être considérée de façon plus centrale dans de futurs travaux.

L'ensemble des résultats de ce chapitre souligne l'importance de prendre en considération les mécanismes psychosociaux bien identifiés dans les rapports intergroupes pour comprendre les freins possibles à la reprise du travail et identifier des leviers d'accompagnement plus pertinents.

Le chapitre suivant approfondit cette question en intégrant le rôle de la perception de menace, qui pourrait être centrale quand on évoque le cancer. En effet, cette maladie continue à faire peur au sein de la population, en particulier parce qu'elle rappelle la vulnérabilité de chacun d'entre nous (Vrinten et al., 2017). Dans cette perspective, nous avons mené une première étude mesurant la perception de menace liée au cancer au sein de la population générale. Puis, en partenariat avec la Ligue contre le cancer 67, nous avons utilisé ces mêmes mesures pour tester l'impact de notre action de sensibilisation sur une nouvelle population d'employeurs. Cette série d'études est présentée dans le Chapitre 6.

## **Chapitre 6 : Se sentir menacé par les personnes malades du cancer ? Atteinte à la moralité et évolution à la suite d'un programme de sensibilisation en entreprise**

Dans cette série d'études, nous poursuivons l'analyse de la perception à l'égard des personnes malades du cancer, en investiguant spécifiquement le rôle de la perception de menace comme mécanisme explicatif du lien entre les croyances stéréotypées et les émotions, conformément à notre troisième question de recherche.

Dans un premier temps, nous présentons l'étude pilote 3 (EP3) qui avait pour objectif d'identifier les types de cancer à inclure dans le cadre du matériel expérimental des Etudes 4 et 5. Nos travaux antérieurs (Etude 3) ont, en effet, montré que la perception des malades du cancer pouvait être influencée par la responsabilité dans l'apparition de la maladie. Afin de limiter les biais liés à des facteurs confondants, cette étude pilote a permis de sélectionner des types de cancer au maximum équivalents en termes de fréquence, de gravité et de responsabilité perçue.

Dans un second temps, en s'appuyant notamment sur les travaux d'Aubé et al. (2022) et sur le modèle socio-fonctionnel des préjugés (Cottrell & Neuberg, 2005), nous avons mené deux études complémentaires. La première vise à explorer et à mieux comprendre la perception de menace envers les malades du cancer au sein de la population générale (Etude 4). La seconde étude consiste à répliquer cette démarche auprès d'une population spécifique d'employeurs, dont une partie a participé à une action de sensibilisation proposée par la Ligue contre le cancer 67, en comparaison avec d'autres employeurs n'ayant pas été sensibilisés (Etude 5).

### **6. 1. Etude pilote 3 (EP3)**

Objectif : Cette étude pilote s'est attachée à sélectionner des types de cancers les plus équivalents possibles en termes de fréquence, gravité et responsabilité afin de construire le matériel à utiliser dans le cadre de nos Etude 4 et Etude 5 et d'éviter au maximum les facteurs confondants.

Participants : Cinquante et une personnes ont participé à cette étude en ligne, 40 femmes (78%) et 11 hommes (22%) âgés en moyenne de 37.2 ans ( $ET = 14.4$ ).

Méthode : Les participants ont été interrogés sur leur perception de fréquence, gravité et attribution de responsabilité vis-à-vis de l'apparition de la maladie pour 6 types de cancers (poumon, sein, leucémie, prostate, peau et colon). Les participants devaient se positionner sur 3 questions avec des échelles de Likert en 6 points pour les 6 types de cancers (e.g. « A votre avis, les différentes formes de cancer ci-dessous sont-elles plus fréquentes chez l'homme ou chez la femme ? », « Selon vous, quelle est la gravité des différentes formes de cancers ci-dessous ? » et « Dans quelle mesure, pensez-vous qu'une personne malade d'un cancer a eu des comportements qui ont induit son cancer ? »).

Résultats : Étant donné notre faible taille d'échantillon ( $N = 51$ ), nous avons ici utilisé des tests non-paramétriques. Nous avons utilisé des tests de Friedman pour comparer ces perceptions entre les six types de cancer.

Pour la fréquence, les scores variaient entre 1.04 et 4.82. Le test de Friedman a révélé un effet significatif du type de cancer sur la perception de fréquence ( $\chi^2(5) = 198, p < .001$ ). Le cancer du sein renvoie à une pathologie plus féminine comparée aux autres ( $p < .001$  pour toutes les comparaisons deux à deux), alors que les cancers du poumon, de la prostate et du côlon renvoient à des pathologies masculines ( $p < .001$  pour toutes les comparaisons deux à deux), et ceux de la peau et la leucémie sont perçus plus équivalents en termes de genre que les autres ( $p < .001$  pour toutes les comparaisons deux à deux). Pour la gravité, les scores variaient entre 4.02 et 4.80. L'analyse de Friedman a révélé un effet significatif ( $\chi^2(5) = 57.1, p < .001$ ). Le cancer du sein, de la peau et de la prostate sont considérés de la même manière ( $p > .05$  pour toutes les comparaisons deux à deux), c'est-à-dire moins graves que les cancers du poumon, du colon et la leucémie ( $p < .001$  pour toutes les comparaisons deux à deux). Pour la responsabilité, les scores variaient entre 1.45 et 3.76. Le test de Friedman montre une différence significative selon le type de cancer ( $\chi^2(5) = 77.4, p < .001$ ). Les cancers du côlon, du sein et de la prostate sont équivalents et jugés peu responsables ( $p > .05$  pour toutes les comparaisons), que le cancer de la peau qui est considéré comme un peu plus responsable que les

autres ( $p < .001$  pour toutes les comparaisons), hormis pour le cancer du poumon qui est jugé le plus responsable ( $p < .001$  pour toutes les comparaisons).

Au travers de ces analyses, nous avons sélectionné trois types de cancer présentant des niveaux similaires de perception de gravité et de responsabilité, tout en veillant à inclure des cancers perçus comme typiquement masculins, typiquement féminins, ainsi qu'un type de cancer perçu comme plus neutre du point de vue du genre. Nous avons sélectionné pour ce faire : le cancer du sein (féminin), le cancer de la peau (neutre) et de la prostate (masculin). Ils sont considérés comme étant tout aussi l'un que l'autre grave. En termes de responsabilité, seul le cancer de la peau est considéré comme légèrement plus responsable que le cancer du sein et de la prostate considérés comme équivalents.

## **6. 2. Etude 4**

### **6. 2. 1. Objectifs et hypothèses**

L'Etude 4 a pour objectif d'investiguer la perception de menace envers les personnes atteintes de cancer particuliers (sein, peau, prostate) afin d'identifier si les menaces éveillées par ces groupes sociaux ont une implication dans les réactions à leur égard. Pour ce faire, ce travail poursuit trois objectifs. Le premier concerne un objectif de réplication. En effet, nous souhaitons répliquer nos résultats précédents concernant l'ambivalence de jugement, en prenant en considération les facettes des dimensions de chaleur et de compétence (Yzerbyt et al., 2025 pour une synthèse récente) et en vérifiant les réactions émotionnelles suscitées par ces personnes. Le second objectif est d'explorer la perception de menace éveillée par les malades du cancer, à un niveau général, mais également à un niveau plus spécifique, conformément au modèle socio-fonctionnel des préjugés (Aubé et al., 2022 ; Cottrell & Neuberg, 2005). Enfin, le troisième objectif est de mettre en évidence des facteurs explicatifs de nos phénomènes d'intérêt. En d'autres termes, nous cherchons à identifier les mécanismes permettant d'expliquer le lien entre croyances stéréotypées et émotions, en testant notamment le rôle médiateur de la perception de menace spécifique.

A partir de ces objectifs, nous postulons cinq hypothèses<sup>19</sup>.

(I) Nous postulons que les croyances stéréotypées à l'égard des personnes malades d'un cancer sont ambivalentes : elles sont considérées plus chaleureuses que compétentes (H1a, Clément-Guillotin et al., 2014 ; Martinez et al., 2016 ; Zheng et al., 2023). Plus précisément, en cohérence avec nos précédents travaux et ceux portant sur les personnes ayant une incapacité physique, nous nous attendons à observer une évaluation plus positive sur la facette de l'effort que sur les autres facettes (H1b, Daul et al., 2025 ; Rohmer et al., 2022).

(II) Nous faisons l'hypothèse que les malades du cancer induisent plus d'émotions positives de l'ordre de la sympathie que d'autres émotions, conformément aux travaux conduits à l'égard des personnes ayant une incapacité physique (H2, Cuddy et al., 2007, 2008 ; Daul et al., 2025).

(III) De façon complémentaire, nous souhaitons appréhender les menaces éveillées par les malades du cancer à un niveau général, mais aussi à un niveau plus spécifique. Nous postulons, à un niveau général, que les malades du cancer activent une perception de menace générale, cette perception pouvant différer en fonction du type de cancer évalué (H3a, voir Berrenberg et al., 2002). En accord avec les travaux sur le modèle socio-fonctionnel des préjugés (Aubé et al., 2022; Aubé & Ric, 2019; Cottrell & Neuberg, 2005), nous faisons également l'hypothèse que cette évaluation générale peut masquer un pattern différent à un niveau plus spécifique de menace, et que ce pattern peut également différer en fonction du type de cancer évalué (H3b).

(IV) En complément de nos hypothèses précédentes, nous souhaitons tester un modèle de médiation selon lequel les croyances stéréotypées influencent les émotions par l'intermédiaire des menaces perçues spécifiques (H4, Aubé et al., 2022 ; Aubé & Ric, 2019).

---

<sup>19</sup> Lien vers le pré-enregistrement : <https://osf.io/e4fn5>

(V) De manière exploratoire, nous examinons si la familiarité avec la maladie (e.g., avoir des connaissances sur la maladie, connaître dans son entourage une personne malade) peut influencer positivement les stéréotypes, les émotions et les menaces envers les personnes malades du cancer (H5, Aubé et al., 2022 ; Granjon et al., 2023 ; Pelleboer-Gunnink et al., 2021 ; Pena Pena et al., 2016).

### **6. 2. 2. Méthode**

**Participants et design.** Une analyse de puissance a été réalisée a priori avec le logiciel G-Power en se basant sur de précédents travaux dans le cadre de la perception de menace (Aubé et al., 2022). En définissant une taille d'effet intermédiaire ( $d = .25$ ), un seuil alpha fixé à .05 et une puissance statistique de .85, cela nécessite un échantillon de 240 participants minimum. Cette étude a été réalisée auprès de 300 participants issus d'une population française tout-venante, recrutée via la plateforme Bilendi pour participer à une enquête en ligne sur la perception des cancers par notre société en échange d'une compensation financière. Notre échantillon était constitué de 153 femmes (51%), 146 hommes (48.7%) et 1 personne non-binaire, âgé de 18 à 88 ans ( $M = 52.9$ ,  $ET = 19.3$ ). Concernant leur catégorie socio-professionnelle, la majorité d'entre eux sont des retraités (37%) et des employés (16%). Nous avons demandé aux participants de répondre au questionnaire pour un seul type de cancer parmi les trois types sélectionnés pour notre étude (le type de cancer par participant a été généré aléatoirement par notre logiciel, cf. EP3 pour la sélection des types de cancer). Notre questionnaire était hébergé par Qualtrics. Tous les participants se sont vu garantir leur anonymat et leur confidentialité. Cette étude a obtenu un avis favorable de la Commission d'Ethique et de Recherche de Strasbourg (numéro d'accréditation : Unistra/CER/2023-06). L'ensemble des données et du matériel sont disponibles sur OSF : <https://osf.io/8j2zp>

**Procédure.** Notre étude a été présentée comme portant sur la perception de différents types de cancers au sein de notre société. Dans cette même présentation, nous assurons l'anonymat et la signature du consentement permettait au participant d'accéder au questionnaire. Les participants refusant la signature du consentement étaient redirigés vers la fin du questionnaire. Le questionnaire

comprenait quatre parties qui mesuraient (i) la perception de menace vis-à-vis des malades du cancer, (ii) les croyances stéréotypées, (iii) les émotions et (iv) la familiarité avec le cancer avant de compléter les questions portant sur les données sociodémographiques (genre, âge et catégorie socioprofessionnelle). A la fin du questionnaire, les participants étaient invités à confirmer leur consentement quant à l'utilisation de leurs données avant d'être informés des modalités d'accompagnements possibles en cas de besoin d'aide face à la maladie (e.g., soutien psychologique dans le Bas-Rhin ou encore la ligne d'écoute nationale de la Ligue contre le cancer), conformément aux recommandations du comité d'éthique d'établissement.

Le questionnaire global comportait 64 items. De plus, nous avons mesuré le temps de réponse au questionnaire comme check expérimental : en effet, les participants étant rémunérés par la plateforme Bilendi pour leur participation, nous souhaitons nous assurer que les participants répondaient sincèrement au questionnaire. Notre questionnaire étant d'environ une dizaine de minutes, nous avons exclu tous les participants ayant répondu plus rapidement que 220 ms (ceux qui ont répondu plus rapidement qu'un tiers du temps nécessaire estimé).

**Matériel - Croyances stéréotypées.** Afin de mesurer les croyances stéréotypées, les participants devaient se positionner vis-à-vis des différents groupes sur une liste de 15 traits. Ces traits ont été sélectionnés sur la base de précédents travaux en psychologie sociale (Aubé et al., 2022 ; Louvet et al., 2019 ; Yzerbyt, 2018). 6 traits se référaient à la dimension de chaleur : 3 traits pour la facette de la sociabilité ( $\alpha = .89$ ) et 3 traits pour la moralité ( $\alpha = .88$ ). 9 traits se référaient à la dimension de compétence : 6 traits pour la capacité ( $\alpha = .88$ ) et 3 traits pour l'effort lié à l'engagement au travail ( $\alpha = .80$ ). Les participants répondaient sur une échelle de Likert en 7 points (1 = *Pas du tout d'accord*, 7 = *Tout à fait d'accord*). Sur la base des réponses, nous avons ainsi pu calculer un score moyen pour les dimensions et les facettes de chaque type de cancer. Plus le score était élevé, plus le participant attribuait ce trait au groupe concerné.

**Matériel – Réactions émotionnelles.** Nous avons ici mesuré les émotions à l'égard des types de cancers au travers de 12 items qui représentaient 7 émotions dont 5 sont décrites dans le modèle socio-fonctionnel des préjugés (Cottrell & Neuberg, 2005 ; colère, peur, dégoût, pitié et culpabilité) et 2 sont tirés du modèle du contenu du stéréotype (Fiske et al., 2002 ; admiration et envie). Pour chaque émotion, les participants ont répondu sur une échelle de Likert en 7 points allant de : « Pas du tout d'accord » (1) à « Tout à fait d'accord » (7). Plus leur degré d'accord était élevé, plus le participant évoquait cette émotion face au groupe cible. Une Analyse en Composantes Principales avec rotation oblimin fait apparaître, au travers de l'examen des valeurs propres, seulement 2 facteurs expliquant 56.7% de la variance. Pour vérifier la cohérence interne des échelles, nous avons utilisé des corrélations de Spearman-Brown pour les facteurs avec seulement deux items (Eisinga et al., 2013) et des alphas de Cronbach pour les facteurs avec plus de deux items. Le premier facteur inclut les items de colère, peur, dégoût, culpabilité, envie et de pitié (43.6% de la variance,  $\alpha = .89$ ) qui représentent les émotions négatives. Le second facteur inclut l'admiration et la compassion (item initialement de pitié, 13.1% de la variance,  $\rho = .36$ ,  $p < .001$ ), ce qui illustre des réactions de sympathie. Nous avons ainsi pu calculer un score moyen pour les deux types d'émotions.

**Matériel - Perception de menace.** Basés sur le modèle socio-fonctionnel des préjugés (Cottrell & Neuberg, 2005), nous avons sélectionné six types de menaces spécifiques potentielles que les malades d'un cancer pouvaient éveiller, déjà utilisées dans une traduction française, dans d'autres études portant sur les personnes en situation de handicap mental (Aubé et al., 2022). Ces six types de menaces spécifiques représentaient les menaces sur (i) la sécurité physique, (ii) la non-réciprocité par incapacité, (iii) la moralité, (iv) la contamination par contagion, (v) les relations de confiance ou encore (vi) la menace sur les ressources économiques. Chaque menace était opérationnalisée par 2 items. Afin d'évaluer la menace générale, les participants devaient indiquer dans quelle mesure les différents groupes étaient dangereux et représentaient une menace pour la population française. Comme pour les croyances stéréotypées, les participants devaient répondre sur une échelle de Likert en 7 points (1 = *Pas du tout d'accord*, 7 = *Tout à fait d'accord*). La cohérence interne de la menace générale est

satisfaisante (corrélations de Spearman-Brown recommandées par Eisinga et al. (2013),  $\rho = .68$ ,  $p < .001$ ). Pour les menaces spécifiques, une Analyse en Composantes Principales avec rotation oblimin fait apparaître, au travers de l'examen des valeurs propres, seulement 2 facteurs expliquant 64.3% de la variance. Le premier facteur inclut cinq des six types mesurés (sécurité physique, économique, la non-réciprocité, la contagion et les relations de confiance,  $\alpha = .90$ ). Ce facteur représente la menace interactionnelle, celle-ci reflète la crainte de ne pas avoir de bonnes relations ou interactions avec le groupe en question. Le second facteur inclut les deux items de menace envers la moralité, qui illustre la crainte de passer pour un groupe immoral ( $\rho = .52$ ,  $p < .001$ ). Nous avons ainsi pu calculer un score moyen pour chaque type de menace : plus le score était élevé, plus le participant attribuait cette menace au groupe concerné.

**Matériel – Familiarité.** Afin de mesurer la familiarité vis-à-vis du cancer, nous avons proposé 18 items issus de McManus et al. (2011) et adaptés dans le cadre du cancer. Ces 18 items étaient répartis en trois types de familiarité (e.g., connaissances, quantité de contact et qualité de contact) sur lesquelles les participants devaient exprimer leur degré d'accord au travers d'une échelle de Likert en 7 points (1 = Pas du tout d'accord, 7 = Tout à fait d'accord). Plus leur degré d'accord était élevé, plus le participant évoquait une familiarité vis-à-vis de la maladie. Une Analyse en Composantes Principales avec rotation oblimin (car on considère que ces dimensions peuvent être corrélées entre elles) fait apparaître, au travers de l'examen des valeurs propres, 4 facteurs expliquant 68.3% de la variance. Pour vérifier la cohérence interne des échelles, nous avons utilisé la même méthodologie que pour les émotions. Le premier facteur inclut 5 items et correspond au contact dans le cadre d'un entourage proche (39.7% de la variance,  $\alpha = .80$ ). Le second facteur inclut 4 items et renvoie aux connaissances sur le cancer (11.7% de la variance,  $\alpha = .83$ ). Le troisième facteur inclut 3 items et reflète une qualité de contact positive avec des personnes malades du cancer (8.8% de la variance,  $\alpha = .80$ ). Enfin, le dernier facteur représente le contact avec des personnes malades durant la scolarité au travers de 2 items (8.1% de la variance,  $\rho = .56$ ,  $p < .001$ ). Nous avons, à nouveau, pu calculer un score moyen pour les 4 types de familiarité.

### 6. 2. 3. Résultats

Afin de vérifier nos hypothèses, nous avons mené différentes analyses. Pour tester H1a, nous avons mené une ANOVA avec les dimensions fondamentales (chaleur vs compétence) en facteur intra-sujet et les types de cancers en facteur inter-sujet (sein, peau et prostate). Pour H1b, nous avons réalisé une ANOVA avec, cette fois-ci, les facettes du jugement comme facteur intra-sujet (sociabilité vs. moralité vs. capacité vs. effort) et comme facteur inter-sujet les types de cancer. Pour tester H2, nous avons réalisé à nouveau une ANOVA, avec les émotions en facteur intra-sujet (négatives vs sympathie) et en facteur inter-sujet les types de cancer. Pour tester H3a, nous avons réalisé des tests-t pour échantillon unique sur chaque score de menace générale relatif aux différents types de cancer. En complément, nous avons également mené une ANOVA avec la menace générale comme variable dépendante et les types de cancer comme facteur inter-sujet. Quant au test d'H3b, nous avons réalisé une ANOVA avec comme variable intra-sujet les menaces spécifiques (moralité vs. interactionnelle) et avec les types de cancer comme variable inter-sujet. Pour le test de H4, nous avons mené des analyses de médiation, sur la base des recommandations de Baron et Kenny (1986), en s'appuyant sur des analyses de régression linéaires pour vérifier si la perception de menace pouvait expliquer le lien entre les croyances stéréotypées et les émotions. Pour tester notre hypothèse exploratoire H5, nous avons mené des analyses de régression hiérarchique afin d'examiner l'impact de la familiarité sur la perception des malades du cancer au travers des stéréotypes, émotions et menaces (H5).

Les moyennes et écarts-types de toutes les mesures sont présentés dans le **Tableau 4** ci-dessous.

**Tableau 4.***Moyennes et écarts-types des mesures de l'Etude 4*

	Cancer du sein		Cancer de la peau		Cancer de la prostate	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
Chaleur	5.08	1.26	4.6	1.35	4.62	1.49
Sociabilité	4.95	1.30	4.56	1.42	4.49	1.54
Moralité	5.22	1.31	4.65	1.39	4.76	1.53
Compétence	4.84	1.15	4.49	1.14	4.5	1.29
Capacité	4.64	1.16	4.32	1.15	4.32	1.33
Effort	5.24	1.26	4.82	1.34	4.86	1.35
Menace générale	2.03	1.41	2.46	1.59	1.82	1.37
Menace	2.56	1.36	3.06	1.51	2.23	1.21
interactionnelle						
Menace envers la	3.66	1.61	3.88	1.63	2.90	1.44
moralité						
Émotion de sympathie	5.08	1.36	4.44	1.42	3.95	1.54
Émotions négatives	2.60	1.36	3.15	1.46	2.49	1.42

**Croyances stéréotypées.** Nous avons observé, d'une part, un effet principal des dimensions fondamentales ( $F(1, 297) = 23.5, p < .001, \eta p^2 = .07$ ) : les participants ont attribué plus de chaleur que de compétence aux personnes malades du cancer. D'autre part, nous avons retrouvé un effet principal du type de cancer ( $F(1, 297) = 3.67, p < .02, \eta p^2 = .02$ ) où les participants ont attribué des jugements plus positifs pour les malades d'un cancer du sein que pour les autres. En revanche, nous n'avons pas observé d'effet d'interaction entre les dimensions et les types de cancer ( $F(1, 297) = 23.5, p = .20, \eta p^2 = .07$ ). Notre hypothèse H1a est validée.

Dans un second temps, nous nous sommes intéressés aux facettes des dimensions. Nous avons retrouvé, tout d'abord, un effet principal des facettes ( $F(3, 891) = 60.92, p < .001, \eta^2 = .17$ ) avec des jugements plus positifs sur la facette d'effort comparativement aux autres facettes. Nous avons également mis en évidence un effet principal du type de cancer ( $F(2, 297) = 3.75, p < .03, \eta^2 = .03$ ) en faveur d'un score plus élevé pour les malades d'un cancer du sein que les autres. Par contre, nous n'avons pas observé d'effet d'interaction entre les facettes et les types de cancers ( $F(6, 891) = 1.25, p = .28, \eta^2 = .00$ ). En résumé, les profils de réponses pour les trois types de cancers sont équivalents. Des tests post-hoc révèlent que les malades du cancer sont jugés comme faisant tout autant d'efforts qu'ils sont moraux ( $p > .48$  pour toutes les comparaisons). De plus, ils sont jugés moins favorablement sur la capacité que sur les autres facettes ( $p < .001$  pour toutes les comparaisons), hormis pour les personnes atteintes d'un cancer de la peau et de la prostate qui sont perçus tout autant capables que sociables ( $p > .10$  pour toutes les comparaisons). Notre hypothèse H1b est partiellement validée.

**Réactions émotionnelles.** Nous retrouvons un effet principal des émotions ( $F(1, 297) = 237.7, p < .001, \eta^2 = .44$ ) : les participants ont davantage exprimé des émotions de sympathie que des émotions négatives. Nous observons également un effet principal du type de cancer ( $F(2, 297) = 11, p < .001, \eta^2 = .07$ ) en faveur d'un score plus positif pour les personnes malades d'un cancer du sein que les autres. Enfin, nous retrouvons un effet d'interaction entre les émotions et les types de cancer ( $F(2, 594) = 11.1, p < .001, \eta^2 = .07$ ). Des tests post hoc indiquent que les malades d'un cancer du sein éveillent plus d'émotions de sympathie que ceux ayant un cancer de la peau ou de la prostate ( $p < .02$  pour toutes les comparaisons). À contrario, les malades d'un cancer de la peau éveillent plus d'émotions négatives que ceux ayant un cancer du sein ou de la prostate ( $p < .05$  pour toutes les comparaisons). En résumé, les personnes malades d'un cancer éveillent globalement plus d'émotions de sympathie que d'émotions négatives, et cela est renforcé pour les malades d'un cancer du sein. Seuls les malades d'un cancer de la peau éveillent plus d'émotions négatives que positives. H2 est globalement confirmée.

**Perception de menace.** Tout d'abord, les tests-t pour échantillon unique révèlent qu'aucun des types de cancer n'évoque de menace générale dans l'absolu ( $M_s = 4$ ,  $t_s < -9.6$ ,  $p_s < .001$ ). En complément, les résultats de l'ANOVA ont révélé un effet significatif du type de cancer sur la menace générale ( $F(2, 297) = 4.99$ ,  $p = .007$ ,  $\eta^2 = .03$ ). Des tests post-hoc révèlent que le cancer de la peau évoque plus de menace générale que le cancer de la prostate ( $t(297) = 3.09$ ,  $p = .006$ ) alors que le cancer du sein éveille tout autant de menace que le cancer de la prostate ( $t(297) = 1.05$ ,  $p = .55$ ) ou le cancer de la peau ( $t(297) = -2.11$ ,  $p = .09$ ). Ainsi, notre hypothèse H3a est invalidée : les différents cancers n'évoquant pas dans l'absolu de menace générale. Cependant, cette tendance pourrait masquer des patterns de menaces plus spécifiques inhérents à la perception des différents types de cancer.

Concernant notre hypothèse H3b (relative aux menaces spécifiques), nos résultats ont mis en évidence un effet principal de la menace ( $F(1, 297) = 88.9$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .23$ ) où les participants expriment plus de menace envers la moralité que de menace interactionnelle envers les malades du cancer. Notons que des tests-t pour échantillon unique ne révèlent pas de menace dans l'absolu ( $t_s < -5.47$ ,  $p_s < .001$ ). Nous retrouvons également un effet principal du type de cancer ( $F(2, 297) = 13.3$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .08$ ) en faveur d'un score plus élevé envers les malades d'un cancer de la peau que ceux ayant un cancer du sein ou de la prostate. Enfin, nous ne retrouvons pas d'effet d'interaction entre la perception de menace et le type de cancer ( $F(2, 297) = 1.82$ ,  $p = .16$ ,  $\eta^2 = .01$ ). Notre hypothèse H3b s'avère donc invalidée. Cependant, et de manière intéressante, nous observons un profil de menace similaire qu'importe le type de cancer : les malades de cancer suscitent plus de menace envers la moralité que de menace interactionnelle. En d'autres termes, face à des personnes malades du cancer, les participants craignent plus d'être perçus comme immoraux (en référence à la peur de ne pas en faire assez pour les soutenir), que d'être mal à l'aise dans les interactions avec eux.

Pour terminer, nous souhaitons explorer comment les croyances stéréotypées impactent les émotions (H4). Plus précisément, nous suggérons, en lien avec de précédents travaux (Aubé et al.,

2022) que la perception de menace est un médiateur de la relation entre les croyances stéréotypées et les émotions. Dans un premier temps, nous avons en amont mené deux analyses de régression linéaire multiple pour vérifier le lien entre les menaces spécifiques (interactionnelle vs. moralité) et les émotions (sympathie vs. négatives). Concernant les émotions de sympathie, le modèle global est significatif ( $F(2, 297) = 15.02, p < .001, \eta p^2 = .09, R^2 = .09, R^2 \text{ ajusté} = .08$ ). L'analyse des effets fixes montre que la menace envers la moralité est un prédicteur significatif des émotions de sympathie ( $\beta = 0.33, p < .001, \text{IC95\%} [0.20 ; 0.42]$ ). En revanche, la menace interactionnelle n'est pas un prédicteur significatif ( $\beta = -0.08, p = .189$ ). Concernant les émotions négatives, le modèle global est significatif ( $F(2, 297) = 71.84, p < .001, \eta p^2 = .32, R^2 = .32, R^2 \text{ ajusté} = .32$ ). L'analyse des effets fixes révèle que la menace interactionnelle est un prédicteur significatif des émotions négatives ( $\beta = 0.58, p < .001, \text{IC95\%} [0.47 ; 0.69]$ ), alors que la menace envers la moralité ne l'est pas ( $\beta = 0.01, p = .87$ ). Ces résultats s'inscrivent dans la logique du modèle socio-fonctionnel des préjugés (Cottrell & Neuberg, 2005), selon lequel des menaces spécifiques suscitent des réponses émotionnelles différenciées, en fonction de leur nature.

Ainsi, dans un second temps, nous avons réalisé deux analyses de médiation afin d'observer comment les types de menaces peuvent être un médiateur de la relation entre les facettes des croyances stéréotypées et les émotions négatives d'une part, et les émotions de sympathie d'autre part, en s'appuyant sur la méthodologie de Baron et Kenny (1986). À l'instar de la démarche adoptée par Aubé et al. (2022), nous avons choisi d'examiner les modèles de médiation séparément pour chaque émotion. Cette approche permet une présentation plus claire des résultats et une interprétation plus fine des processus spécifiques associés à chacune des émotions étudiées. Étant donné que notre objectif est de comprendre les mécanismes à l'origine de différentes réactions émotionnelles, cette méthode permet de mieux mettre en évidence les trajectoires spécifiques de médiation propres à chaque émotion. Le tableau récapitulatif de nos analyses de médiation est disponible sur la plateforme OSF.

Notre première série d'analyses de médiation concernait les émotions négatives comme VD. Dans un premier temps, nous avons estimé les effets totaux au travers de quatre analyses de régression où les facettes du stéréotype (sociabilité, moralité, capacité et effort) faisaient office de VI. Seule la facette de l'effort prédit significativement et négativement les émotions négatives ( $b = -.39$ ,  $t = -3.06$ ,  $p = .002$ ). Nous n'observons pas d'effet de la sociabilité, de la moralité ou de la capacité sur les émotions négatives ( $ps > .09$ ). Dans un second temps, nous avons estimé l'effet de la facette d'effort sur la menace interactionnelle et sur la menace de moralité. Les résultats montrent que l'effort prédit significativement et négativement la menace interactionnelle ( $b = -.41$ ,  $t = -3.28$ ,  $p < .001$ ), et qu'elle n'a aucun effet sur la menace de moralité ( $b = -.01$ ,  $t = -.10$ ,  $p = .91$ ). Enfin, nous avons réalisé une régression multiple avec l'effort et la menace interactionnelle comme prédicteurs des émotions négatives. Les résultats montrent que la menace interactionnelle prédit significativement et positivement les émotions ( $b = .52$ ,  $t = 10.63$ ,  $p < .001$ ). En revanche, l'effet direct de l'effort sur les émotions s'avère non significatif ( $b = -.17$ ,  $t = -1.6$ ,  $p = .11$ ). Ainsi, la menace interactionnelle médiate totalement l'effet de l'effort sur les émotions négatives avec un effet indirect négatif ( $ab = -.21$ , IC 95%  $[-.35, -.08]$ ).

Notre seconde série d'analyses de médiation concernait les émotions de sympathie comme VD. Comme précédemment, nous avons estimé les effets totaux au travers de quatre analyses de régression où les facettes du stéréotype (sociabilité, moralité, capacité et effort) avaient un statut de VI. Les résultats ont mis en évidence qu'aucune facette ne prédit les émotions de sympathie ( $ps > .09$ ).

**Impact de la familiarité sur la perception des malades du cancer.** Nous avons conduit des analyses de régression hiérarchique afin d'examiner dans quelle mesure les différentes familiarités peuvent influencer les perceptions à l'égard des malades en s'appuyant sur les travaux de McManus et al. (2011). Le genre a été inclus en tant que variable de contrôle dans le premier bloc de l'analyse de régression hiérarchique dans le but de neutraliser l'effet potentiel du genre sur les perceptions envers les malades, permettant ainsi d'isoler l'effet spécifique de la familiarité avec le cancer,

conformément aux pratiques méthodologiques établies dans la littérature (Petrocelli, 2003). Le **Tableau 5** met en évidence les corrélations entre les différentes mesures. Bien que les scores des prédicteurs soient significativement corrélés entre eux et avec certaines autres mesures, les valeurs de corrélation ne suggèrent pas que les mesures soient redondantes les unes par rapport aux autres. Pour ce faire, nous avons mené des régressions hiérarchiques en deux étapes, où à l'étape 1, nous avons contrôlé le genre des participants et à l'étape 2, nous avons entré la familiarité de la scolarité, la familiarité de l'entourage, la familiarité des connaissances et la familiarité de la qualité des contacts, pour déterminer dans quelle mesure ces variables peuvent prédire de manière unique les perceptions envers les malades du cancer. Toutes les statistiques pour les analyses de régression sont disponibles dans le **Tableau 6**.

**Tableau 5.**

*Matrice de corrélations entre les prédicteurs (familiarité scolarité, entourage, qualité et connaissances) et les mesures (chaleur, compétence, menace interactionnelle, menace moralité, émotions positives et négatives)*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Familiarité scolarité	-									
2. Familiarité entourage	.25**	-								
3. Familiarité connaissances	.36**	.56**	-							
4. Familiarité qualité contact	.19**	.52**	.45**	-						
5. Chaleur	-.002	.16**	.16**	.28**	-					
6. Compétence	.001	.18**	.18**	.27**	.91**	-				

7. Menace	.41**	.06	.17**	-.04	-.13*	-.13*	-		
interactionnelle									
8. Menace	.27**	.04	.13*	.12*	.17**	.20**	.45**	-	
moralité									
9. Emotions	.28**	.01	.11*	-.06	-.22**	-.21**	.57**	.26**	-
négatives									
10. Emotions	.03	.03	.18**	.10	.32**	.34**	.07	.29**	.06
positives									-

---

Note. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .006$

Nous avons mené six analyses de régression hiérarchique pour prédire les perceptions envers les personnes malades du cancer (chaleur, compétence, menace interactionnelle, menace moralité, émotions positives et négatives). Le genre a été introduit au premier bloc en tant que variable de contrôle, suivi au second bloc de quatre variables liées à la familiarité avec le cancer : scolarité, entourage, niveau de connaissance et qualité des contacts.

Pour la chaleur, le modèle du premier bloc (genre) n'explique pas significativement la chaleur ( $R^2 = .003$ ,  $\Delta R^2 = .003$ ,  $p = .30$ ). L'ajout des variables de familiarité améliore significativement le modèle ( $R^2 = .09$ ,  $\Delta R^2 = .08$ ,  $p < .001$ ). La qualité des contacts est un prédicteur significatif ( $\beta = .26$ ,  $p < .01$ ), tandis que les autres variables ne le sont pas. Quant à la compétence, le modèle du premier bloc n'explique pas significativement la compétence ( $R^2 = .003$ ,  $\Delta R^2 = .003$ ,  $p = .32$ ). L'ajout des variables de familiarité améliore significativement le modèle ( $R^2 = .08$ ,  $\Delta R^2 = .08$ ,  $p < .001$ ). La qualité des contacts est un prédicteur significatif ( $\beta = .23$ ,  $p < .001$ ), tandis que les autres variables ne le sont pas.

Concernant les menaces, le genre n'explique pas la variance pour la menace interactionnelle ( $R^2 = .007$ ,  $\Delta R^2 = .007$ ,  $p = .16$ ). L'ajout des variables de familiarité augmente significativement la variance expliquée ( $R^2 = .19$ ,  $\Delta R^2 = .18$ ,  $p < .001$ ). La scolarité ( $\beta = .40$ ,  $p < .001$ ) et la qualité des contacts ( $\beta = -.16$ ,  $p < .01$ ) sont des prédicteurs significatifs. De plus, le genre n'est pas prédictif de la menace

envers la moralité ( $R^2 = .006$ ,  $\Delta R^2 = .006$ ,  $p = .17$ ). Le modèle est significativement amélioré par les variables de familiarité ( $R^2 = .09$ ,  $\Delta R^2 = .08$ ,  $p < .001$ ), avec une seule variable significative : la scolarité ( $\beta = .26$ ,  $p < .001$ ).

Quant aux émotions positives, le genre n'explique pas de variance ( $R^2 = .01$ ,  $\Delta R^2 = .01$ ,  $p = .07$ ). Le second modèle est significatif ( $R^2 = .05$ ,  $\Delta R^2 = .03$ ,  $p < .008$ ), et indique que le niveau de connaissance est positivement associé aux émotions positives éprouvées à l'égard des personnes malades du cancer ( $\beta = .22$ ,  $p < .003$ ). Enfin, pour les émotions négatives, le modèle initial du genre n'est pas significatif ( $R^2 = .004$ ,  $\Delta R^2 = .004$ ,  $p = .25$ ), mais l'ajout des variables de familiarité améliore la prédiction ( $R^2 = .10$ ,  $\Delta R^2 = .09$ ,  $p < .001$ ). Deux prédicteurs sont significatifs : la scolarité ( $\beta = .27$ ,  $p < .001$ ) et la qualité des contacts ( $\beta = -.14$ ,  $p < .04$ ).

En résumé, ce n'est pas la familiarité de manière générale qui semble être importante, mais la manière dont les participants sont familiers avec les malades en particulier. La qualité des contacts avec les personnes malades, les contacts pendant la scolarité, et dans une moindre mesure les connaissances, ont un effet sur la perception des malades du cancer.

**Tableau 6.**

*Résumé des analyses de régression hiérarchiques prédisant les perceptions envers les personnes malades du cancer*

Mesure	Variable prédictrice	<i>B</i>	95% IC pour <i>B</i>		<i>SE B</i>	$\beta$	<i>R</i> <sup>2</sup>	$\Delta R^2$
			Borne inférieure	Borne supérieure				
Chaleur	Etape 1						.003	.003
	Ordonnée à l'origine	4.86**	4.64	5.08	.11			
	Genre	-.17	-.48	.15	.16	-.12		
	Etape 2						.09	.08**
	Ordonnée à l'origine	3.78**	3.23	4.32	.28			
	Scolarité	-.09	-.26	.07	.08	-.07		
	Entourage	-.00	-.17	.17	.08	-.00		
Compétence	Connaissances	.09	-.09	.27	.09	.07		
	Qualité de contact	.31**	.15	.47	.08	.26**		
	Etape 1						.003	.003
	Ordonnée à l'origine	4.68**	4.49	4.87	.09			
	Genre	-.13	-.41	.14	.14	-.11		
	Etape 2						.08	.08**
	Ordonnée à l'origine	3.72**	3.24	4.19	.24			
Menace interactionnelle	Scolarité	-.09	-.23	.05	.07	-.08		
	Entourage	.02	-.12	.17	.07	.02		
	Connaissances	.09	-.07	.25	.08	.08		
	Qualité de contact	.24**	.10	.38	.07	.23**		
	Etape 1						.007	.007
	Ordonnée à l'origine	2.50**	2.28	2.72	.11			

	Genre	.23	-.09	.55	.16	.16		
	Etape 2						.19	.18**
	Ordonnée à l'origine	1.86**	1.34	2.38	.26			
	Scolarité	.56**	.40	.72	.08	.40**		
	Entourage	-.03	-.19	.13	.08	-.02		
	Connaissances	.15	-.02	.33	.09	.12		
	Qualité de contact	-.19*	-.34	-.04	.08	-.16*		
Menace moralité	Etape 1						.006	.006
	Ordonnée à l'origine	3.61**	3.36	3.87	.13			
	Genre	-.26	-.62	.11	.19	-.16		
	Etape 2						.09	.08**
	Ordonnée à l'origine	2.72**	2.09	3.35	.32			
	Scolarité	.44**	.24	.63	.10	.27**		
	Entourage	-.15	-.34	.05	.10	-.11		
	Connaissances	.05	-.16	.26	.11	.04		
	Qualité de contact	.14	-.04	.33	.09	.10		
Emotions positives	Etape 1						.01	.01
	Ordonnée à l'origine	4.67**	4.42	4.90	.12			
	Genre	-.32	-.67	.02	.17	-.22		
	Etape 2						.05	.03*
	Ordonnée à l'origine	4.01**	3.41	4.62	.31			
	Scolarité	-.03	-.21	.16	.09	-.02		
	Entourage	-.16	-.35	.02	.09	-.13		
	Connaissances	.30**	.10	.50	.10	.22**		
	Qualité de contact	.09	-.08	.27	.09	.07		
Emotions négatives	Etape 1						.004	.004

Ordonnée à l'origine	2.65**	2.42	2.88	.12			
Genre	.19	-.14	.52	.17	.13		
Etape 2							.10
Ordonnée à l'origine	2.32**	1.76	2.88	.28			.09**
Scolarité	.39**	.22	.56	.09	.27**		
Entourage	-.05	-.22	.13	.09	-.04		
Connaissances	.13	-.06	.32	.09	.10		
Qualité de contact	-.17*	-.33	-.01	.08	-.14*		

Note. IC = intervalle de confiance. \*\*  $p < .008$ , \*  $p < .05$ . Les valeurs de  $\beta$  sont les coefficients standardisés.  $\Delta R^2$  à l'étape 1 correspond au  $R^2$  initial.

#### **6. 2. 4. Discussion**

Cette étude visait principalement à explorer le rôle de la perception de menace comme mécanisme explicatif dans la relation entre croyances stéréotypées et réactions émotionnelles à l'égard des personnes malades du cancer. Plus spécifiquement, nous souhaitions interroger comment ce mécanisme pouvait contribuer à mieux comprendre les difficultés rencontrées par les personnes malades du cancer et celles exprimées par les personnes susceptibles de les côtoyer, en particulier au travail (De Rijk et al., 2020 ; Greidanus et al., 2018). Nous avons mené l'Etude 4 auprès d'une population tout-venante sur la base du modèle socio-fonctionnel des préjugés de Cottrell & Neuberg (2005), utilisé dans de récents travaux concernant les personnes en situation de handicap psychique (Aubé et al., 2022).

Nos résultats poursuivent nos efforts de réplication, en mettant à nouveau en évidence une perception ambivalente des malades du cancer. Allant plus en avant, nous montrons que le jugement positif sur la chaleur est dû à une survalorisation de la moralité. Par ailleurs, si la perception négative de compétence est réelle, elle ne concerne pas la facette d'effort. Bien au contraire, c'est sur cette facette que les personnes malades sont décrites le plus positivement. En cohérence avec le modèle de référence (Cuddy et al., 2007, 2008), ces stéréotypes paternalistes (globalement chaleureux, mais peu compétents) éveillent majoritairement des émotions positives. Les résultats obtenus dans cette étude viennent alimenter de précédents travaux, montrant que le peu de capacité attribuée aux personnes vulnérables, tels que les malades du cancer, est compensé par les efforts qu'ils sont susceptibles de déployer et leurs qualités interpersonnelles à l'origine de plus de réactions émotionnelles de sympathie (Clément-Guillotin et al., 2014 ; Cuddy et al., 2007 ; Daul et al., 2025 ; Martinez et al., 2016).

Concernant les menaces, trois types de menaces ont été identifiés, à savoir : la menace générale (non spécifique) et deux menaces spécifiques, la menace interactionnelle (menace sur la qualité des relations) et la menace envers la moralité (liée à l'idée de ne pas faire assez pour les aider).

Les malades du cancer sont perçus comme menaçants, car ils posent, principalement, une menace envers la moralité. En d'autres termes, les individus ressentent davantage une menace à l'idée de ne pas en faire assez pour soutenir les personnes malades (et d'être perçus immoraux pour cela), qu'à l'idée de se sentir mal à l'aise dans leurs interactions avec elles. Ce résultat fait écho aux travaux de Van Der Lee et al. (2024), selon lesquels lorsque l'identité morale du groupe est remise en question, elle peut motiver des comportements compensatoires visant à restaurer l'image de soi et du groupe, comportements qui, dans le cadre du modèle socio-fonctionnel des préjugés, peuvent se traduire par des intentions de soutien ou de réparation (Cottrell & Neuberg, 2005). De manière générale, ces résultats sont conformes à la perception de menace d'autres groupes ayant un stéréotype paternaliste qui éveillent également plus de menace envers la moralité que les autres types de menaces (e.g., les personnes avec une maladie d'Alzheimer, les personnes en situation de handicap mental ou psychique, Aubé et al., 2022).

Un des apports majeurs de cette étude repose sur le fait de considérer la menace comme un mécanisme explicatif de la perception sociale des malades. Nos analyses de médiation révèlent que la menace interactionnelle est le médiateur de la relation entre l'effort et les émotions négatives. Nous ne retrouvons pas de médiations dans le cadre de la relation entre les facettes et les émotions positives.

Ces résultats prolongent les travaux d'Aubé et al. (2022), tout en s'en distinguant sur un point majeur : là où la chaleur prédisait les émotions via les menaces, ici, c'est l'effort qui apparaît dans ce rôle unique. Ce résultat, relativement inédit, peut être éclairé par les travaux de Canton et al. (2023) sur la perception sociale de différents types de handicap (e.g., douze catégories de personnes en situation de handicap, avec, par exemple, les personnes aveugles, les personnes traumatisées crâniennes, les personnes ayant un TDAH). En mobilisant le modèle du BIAS Map (Cuddy et al., 2007), enrichi par une mesure de la facette de l'effort (Rohmer & Louvet, 2011), leurs résultats montrent que l'effort est corrélé positivement à l'émotion de pitié et à l'admiration. Autrement dit, plus un groupe

est perçu comme déployant des efforts, plus il suscite des émotions mêlant valorisation et compassion. Cette dynamique émotionnelle pourrait expliquer, par contraste, pourquoi l'effort perçu est ici négativement associé aux émotions négatives, via une diminution de la menace interactionnelle. En somme, percevoir les personnes malades comme investies dans un effort pour faire face à leur situation semble réduire leur potentiel de menace dans les interactions sociales et atténuer les réactions émotionnelles négatives qu'elles peuvent susciter.

Nous avons également cherché à vérifier si la familiarité pouvait avoir un impact sur la perception des malades du cancer. Nos résultats révèlent que les participants ayant eu des contacts de qualité avec des malades ont tendance à les percevoir plus favorablement, avec moins de menace perçue et d'émotions négatives. À l'inverse, ceux ayant côtoyé des personnes malades durant leur sociabilisation (e.g., dans un cadre scolaire) expriment davantage de perceptions menaçantes et d'émotions négatives. Dans une moindre mesure, les connaissances semblent également jouer un rôle sur les émotions positives et la compétence. Au-delà de la simple hypothèse de contact avec un groupe (Allport, 1954), ce sont les conditions dans lesquelles ce contact s'effectue qui semblent importantes à prendre en compte (Corrigan et al., 2005 ; McManus et al., 2011 ; Taillandier-Schmitt & Michinov, 2015). Des contacts forcés ou imposés dans un cadre institutionnel peuvent engendrer plus de réactions négatives, contrairement aux relations volontaires et positives. Ces résultats s'inscrivent dans la continuité des travaux antérieurs de Taillandier-Schmitt & Michinov (2015) qui ont démontré que la qualité de contact était un prédicteur des attitudes, de la proximité interpersonnelle et l'anxiété intergroupe à l'égard des personnes malades du cancer, alors que les connaissances étaient uniquement prédictrices de l'anxiété intergroupe. Il semble donc essentiel de travailler la nature et le contexte de ces interactions pour les employeurs. Pour ce faire, un axe de développement pourrait être d'intégrer des « patients ressources » au sein même des interventions à destination des employeurs. Les patients ressources sont des patients ayant été formés afin de pouvoir témoigner de leur histoire de vie et parcours auprès des professionnels de santé et/ou accompagner d'autres patients ayant la même pathologie (Schraub et al., 2021). Si l'intervention d'un patient ressource

auprès des professionnels de santé permet d'améliorer leur empathie, professionnalisme ou encore leurs compétences en communication (Aires et al., 2019 ; Schraub et al., 2021 ; Yang et al., 2020), s'appuyer sur cette expérience afin de proposer une intervention similaire pour les employeurs semble être une piste intéressante.

### **6. 2. 5. Limites et conclusion**

Si ces résultats sont éclairants dans le cadre de l'accompagnement au retour au travail, ils ne sont pas sans limites. En effet, dans le cadre de la perception de menace, nous ne retrouvons pas les six types de menaces du modèle (Cottrell & Neuberg, 2005), mais uniquement deux : une menace sur la moralité et une menace interactionnelle qui reprend tous les autres types de menace. Cette dernière regroupant tous les types de menaces mesurées hormis celle envers la moralité, elle se rapproche sensiblement de la notion de menace générale et le coefficient de corrélation entre les deux est très élevé ( $r = .80$ ). Cette similitude entre ces deux menaces pose la question de la diversité de menaces mesurées. Il serait peut-être intéressant dans de futures recherches de revenir à des modèles de menace plus parcimonieux, c'est-à-dire avec un nombre plus restreint de menaces tel que le modèle de la menace intergroupe (Stephan et al., 2009 ; Stephan & Stephan, 2017). Nous retrouvons dans cette étude, une structure qui peut prendre sens en lien avec ce modèle : la menace générale/menace interactionnelle évoque la « menace réaliste » du modèle (menace envers les ressources, la sécurité, etc.), alors que la menace envers la moralité renvoie à la « menace symbolique » (menace sur les valeurs, envers les standards, la moralité, etc.). Ce modèle, largement utilisé (e.g., Berrenberg et al., 2002 ; Bustillos & Silván-Ferrero, 2013 ; Croucher, 2017 ; Nguyen et al., 2021), peut permettre de prolonger cette réflexion autour du rôle de la menace.

Bien que les analyses de régression hiérarchique aient permis d'identifier certains types de familiarité comme prédicteurs significatifs de la perception sociale et des émotions à l'égard des personnes malades du cancer, cette approche reste limitée. En effet, elle ne permet d'évaluer les relations qu'entre un ensemble restreint de variables indépendantes et une variable dépendante à la

fois, sans intégrer simultanément l'ensemble des relations possibles entre les variables. Pour aller plus loin, il serait pertinent de recourir à une analyse par modèles d'équations structurelles (Kline, 2023). Cette méthode permet d'estimer plusieurs équations de régression simultanément, tout en prenant en compte les relations entre variables latentes (non directement observées), les effets directs et indirects (médiations), ainsi que les relations croisées entre variables indépendantes et dépendantes. Elle offre également une modélisation plus réaliste, en intégrant les erreurs de mesure (Kline, 2023). Ce type d'analyse serait donc particulièrement adapté pour rendre compte de la complexité des mécanismes psychosociaux à l'œuvre dans la perception des personnes malades du cancer et permettrait de mieux articuler les dimensions cognitives, émotionnelles et relationnelles.

En conclusion, cette étude souligne l'importance de la menace dans les perceptions envers les personnes malades du cancer. Elle ouvre ainsi des pistes d'intervention concrètes, notamment dans le cadre du retour au travail. Accompagner les employeurs dans la construction de réactions adaptées à ces situations, en leur permettant de dépasser les menaces perçues, pourrait ouvrir la voie pour créer des environnements de travail plus inclusifs.

### **6. 3. Etude 5**

#### **6. 3. 1. Objectifs**

Notre étude précédente ayant interrogé une population tout-venante, l'intérêt de cette Etude 5 était de cibler spécifiquement une population d'employeurs. Il s'agissait de mesurer leur perception de menace envers les personnes malades du cancer, ainsi que d'observer l'évolution potentielle de cette perception selon qu'ils aient, ou non, participé à une action de sensibilisation. En partenariat avec la Ligue contre le cancer 67, nous avons ainsi testé l'efficacité d'une action de sensibilisation dont l'objectif était d'améliorer la perception des employeurs à l'égard des personnes malades. Ce processus s'inscrit dans une démarche plus large visant à améliorer les pratiques d'accompagnement au retour au travail après un cancer. L'évaluation de ce type d'action est essentielle afin de s'assurer de la montée en compétences des personnes concernées sur des enjeux essentiels (Urbancová et al.,

2021). Pourtant, cette étape est encore trop souvent négligée, alors même que l'efficacité d'une sensibilisation dépend de la rigueur de son évaluation, qui doit être pensée dès sa conception (Aragón-Sánchez et al., 2003 ; Urbancová et al., 2021).

L'action de sensibilisation que nous avons testée est celle qui a été décrite dans l'Etude 1 (Daul et al., 2024). Cette action de sensibilisation représente un pilier socle du programme national « Lig'Entreprises engagées contre le cancer ». Cela signifie que toute Ligue contre le cancer ayant été formée à ce programme, délivre une version « standardisée » de cette action. Cela nous a permis d'inclure plusieurs d'autres comités départementaux (les Ligue contre le cancer 44, 57 et 85) comme terrains complémentaires de recueil de données. Nous remercions chaleureusement nos collègues des comités cités pour leur implication.

Concernant nos hypothèses, nous postulons qu'une action de sensibilisation qui fournit des connaissances aux participants et prend en compte la dimension des ressentis à l'égard du cancer (Daul et al., 2024), réduit les croyances stéréotypées et les ressentis associés à cette perception, en comparaison à des employeurs n'ayant pas suivi cette action (H1). En complément, nous avons repris les mêmes hypothèses que dans l'Etude 4 (correspondant aux hypothèses H1 à H5), afin d'observer ces mêmes mécanismes potentiellement à l'œuvre au sein d'une population d'employeurs<sup>20</sup>.

### **6. 3. 2. Méthode**

L'Etude 5 reprend les mêmes mesures expérimentales que l'Etude 4 à savoir : les croyances stéréotypées (Aubé et al., 2022 ; Louvet et al., 2019 ; Yzerbyt et al., 2025), la perception de menace (Aubé et al., 2022 ; Cottrell & Neuberg, 2005), les émotions envers les malades du cancer (Aubé et al., 2022 ; Fiske et al., 2002), ainsi que la familiarité à l'égard de la maladie (McManus et al., 2011).

---

<sup>20</sup> Lien vers le pré-enregistrement : <https://osf.io/qgp2r>

Les participants ont été répartis en deux groupes : les employeurs sensibilisés (via l'action de sensibilisation de la Ligue contre le cancer) vs. les employeurs non sensibilisés. Les premiers ont complété le questionnaire une première fois avant l'intervention ainsi qu'une seconde fois, à la suite de cette même intervention. Les seconds, quant à eux, ont répondu une première fois au questionnaire au moment de leur sollicitation (recrutement par les réseaux sociaux ou via des affichettes) puis une seconde fois vingt et un jours plus tard. Le **Tableau 7** répertorie les différents temps de mesures pour chaque groupe.

Pour garantir une présentation adaptée au contexte, l'étude a été introduite différemment selon les groupes : elle était présentée comme une recherche sur la perception du cancer dans la société auprès des employeurs non sensibilisés, et comme une évaluation de l'action de sensibilisation auprès des employeurs sensibilisés. Dans tous les cas, nous assurons l'anonymat et la signature du consentement permettait au participant d'accéder au questionnaire. Les participants refusant la signature du consentement étaient redirigés vers la fin du questionnaire. Afin d'apparier les réponses entre les deux temps de mesure, un identifiant anonyme a été généré par chaque participant, composé de la première lettre du prénom de leur mère, de la première lettre du prénom de leur père, et de leur jour de naissance (e.g., MM18). Ce code simple leur permettait de le retrouver facilement au moment de la seconde passation.

**Tableau 7.**

*Différents temps de mesures de l'Etude 5*

Population	T1	Intervention	T2
Employeurs sensibilisés	Pré-sensibilisation (dès leur inscription à jusqu'à la veille de l'action)	Participation à une action de sensibilisation	Post-sensibilisation (dès la fin de l'action jusqu'à 7 jours après)

Employeurs non sensibilisés	Première réponse lors du recrutement	Absence de participation	Seconde réponse, 21 jours plus tard
-----------------------------	--------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

---

Le questionnaire comprenait quatre parties mesurant respectivement : la perception de menace vis-à-vis des malades du cancer, les croyances stéréotypées, les émotions et la familiarité avec le cancer. Puis les participants ont complété les questions portant sur les données sociodémographiques (genre, âge, fonction et leur département d'intervention pour les employeurs sensibilisés). Pour les employeurs non sensibilisés, ceux-ci ont été invités, dans une partie supplémentaire, à laisser leurs coordonnées mail afin de pouvoir être recontactés dans le cadre de la seconde passation.

À la fin du questionnaire, les participants étaient invités à confirmer leur consentement avant d'être informés des modalités d'accompagnements possibles en cas de besoin d'aide face à la maladie.

Cette étude a également obtenu un avis favorable de la Commission d'Ethique et de Recherche de Strasbourg (numéro d'accréditation : Unistra/CER/2023-06). Tout le matériel et les données sont disponibles sur OSF : <https://osf.io/smqpr>

### **6. 3. 3. État des inclusions**

À ce jour, l'Etude 5 a démarré et est toujours en cours d'inclusion. Concernant les inclusions d'employeurs sensibilisés, les premières actions de sensibilisation ont démarré au printemps 2023 à la Ligue contre le cancer 67 à Strasbourg, dans le cadre d'interventions en intra-entreprise (e.g., intervention dédiée aux personnels d'une entreprise) et en inter-entreprises (e.g., intervention dédiée aux personnels de différentes entreprises). En juin 2023, nous avons formé les Ligues contre le cancer délivrant cette intervention, au matériel et à la procédure de notre étude. Ainsi, les Ligues contre le cancer ayant accepté d'être terrain de récolte des données ont pu commencer les inclusions à partir de la rentrée 2023.

Concernant les employeurs non sensibilisés, ceux-ci sont également toujours en cours d'inclusion, grâce aux réseaux sociaux, au relais de nos partenaires locaux, mais également auprès des Ligue contre le cancer non impliquée dans le programme « Lig'Entreprises engagées contre le cancer », nous permettant d'être assuré qu'ils n'ont pas participé à cette même action de sensibilisation. Une relance tous les trimestres est faite en ce sens.

Au total à ce jour (14/04/2025), 40 personnes ont participé à notre étude. Ainsi, nous présentons ici les résultats préliminaires descriptifs de cette étude sur cet échantillon. Nous prévoyons d'inclure 100 employeurs participant au programme de sensibilisation, ainsi que 100 employeurs n'y participant pas. Cette taille d'échantillon reflète les conditions de terrain. En effet, les programmes de sensibilisation sont menés en petits groupes d'environ 8 participants. L'objectif de recrutement est donc fixé à 100 participants dans le groupe sensibilisé. Par ailleurs, notre étude précédente (Etude 1, Daul et al., 2024) a fourni des résultats préliminaires prometteurs à partir d'un échantillon d'environ 30 participants dans le cadre de ce programme de sensibilisation. L'augmentation de la taille d'échantillon permettra un examen plus fin des facteurs explicatifs.

#### **6. 3. 4. Résultats préliminaires**

Parmi les 40 participants à l'heure actuelle, 23 personnes ont participé à une action de sensibilisation (employeurs sensibilisés) et 17 personnes n'ont pas participé à une action particulière (employeurs non sensibilisés). L'âge moyen dans ces deux groupes est, respectivement, 45.3 ans ( $ET = 9$ ) et 43.2 ans ( $ET = 12.7$ ). 30 femmes ont participé à cette étude (15 femmes chez les employeurs sensibilisés et 15 femmes chez les employeurs non sensibilisés) et 10 hommes (8 hommes chez les employeurs sensibilisés et 2 hommes chez les employeurs non sensibilisés). Pour les employeurs sensibilisés, les participants sont principalement issus du Bas-Rhin (67 - 13 participants) et de Loire-Atlantique (44 – 8 participants), 1 participant est issu de la Vendée (85) et 1 autre de la Meurthe-et-Moselle (54). Concernant les fonctions des participants, le **Tableau 8** résume les fonctions des participants ainsi que leur répartition au sein des employeurs sensibilisés et non sensibilisés. Ceux-ci

sont principalement des chargés de mission (6 participants), des chargés de ressources humaines (6 participants), issus de la Direction (5 participants), managers d'équipe (5 participants) ou responsable de service (5 participants). En l'état actuel des données, interpréter les résultats serait trop précipité, étant donné le faible nombre de participants. Le **Tableau 9** référence le nombre de réponses des participants aux différents temps de mesures. C'est pourquoi nous ne présentons ici que des moyennes descriptives et des tendances.

**Tableau 8.**

*Fréquence des fonctions des participants et leur répartition au sein des employeurs (sensibilisés vs non sensibilisés)*

Fonctions	Quantité employeurs	Quantité employeurs	Total
	sensibilisés	non sensibilisés	
Chargé de mission	3	3	6
Direction	2	3	5
Service de santé au travail	3	1	4
Psychologue	0	3	3
Ressources Humaines	4	2	6
Manager	5	0	5
Responsable			
Administratif et	2	0	2
Financier			
Etudiant	0	2	2
DRH	0	2	2
Responsable de			
service	4	1	5

**Tableau 9.**

*Nombre de participants par groupe ayant répondu au questionnaire à chaque temps*

		T1	T2
N	Employeurs sensibilisés	23	13
	Employeurs non sensibilisés	17	6
Manquants	Employeurs sensibilisés	0	10
	Employeurs non sensibilisé	0	11

Le **Tableau 10** résume les différents scores moyens et écarts-type des différentes mesures effectuées (stéréotypes, émotions, menace et familiarité). Concernant les stéréotypes, de façon descriptive, on observe au *T1* que les malades du cancer sont perçus plus positivement par les employeurs non sensibilisés que par les employeurs sensibilisés. Au niveau des dimensions, les malades du cancer semblent être perçus tout aussi chaleureux que compétents. Globalement, sur les facettes, les malades semblent être majoritairement valorisés sur l’effort et la moralité, qu’importe qu’ils soient sensibilisés ou non. Au *T2*, on observe que les employeurs sensibilisés ont une perception plus positive des personnes malades que ceux non sensibilisés, qu’importe la dimension ou la facette. Ce qui semble suggérer que les perceptions des employeurs sensibilisés semblent avoir évolué suite à l’action de sensibilisation. Leurs perceptions sont plus positives que les employeurs non sensibilisés et même si les employeurs sensibilisés valorisent toujours les personnes malades sur la moralité et l’effort, ils le font également sur la capacité maintenant, élément essentiel dans la reprise du travail.

Concernant la perception de menace, on observe de manière descriptive au *T1* que les employeurs rapportent deux menaces particulières : celle envers la moralité et une menace de contamination physique (scores moyens les plus élevés pour les deux populations). Les employeurs sensibilisés rapportent moins de perception de menace (quel que soit le type de menace) au *T2* qu’au *T1*. De plus, les employeurs sensibilisés évoquent moins de menaces que les employeurs non

sensibilisés au *T2*. Ces résultats peuvent suggérer une diminution de la perception de menace suite à la participation à une action de sensibilisation ayant pour objectif de faire évoluer les perceptions envers les malades du cancer.

Concernant les émotions, les principales émotions observées au *T1* chez les employeurs sont la pitié et la peur (scores moyens les plus élevés pour les deux populations). Les employeurs sensibilisés semblent évoquer moins d'émotions négatives telles que la colère, la peur, le dégoût ou la culpabilité au *T2* qu'au *T1*. Par rapport aux employeurs non sensibilisés, seules la peur et la culpabilité semblent être moins présentes chez les employeurs sensibilisés.

Enfin, concernant la familiarité avec le cancer, les résultats ne semblent, à titre descriptif, pas manifester de différences entre les employeurs sensibilisés et non sensibilisés, et cela, qu'importe le temps de mesure étudié (similaire en *T1* et en *T2*).

Ainsi, ces premiers résultats semblent être en faveur d'une amélioration de certaines perceptions (stéréotypes et menaces) envers les malades du cancer suite à la participation à une action de sensibilisation. Les inclusions seront poursuivies dans le but d'avoir le nombre nécessaire de participants dans les groupes afin de pouvoir aller plus loin que des statistiques descriptives et ainsi vérifier l'impact de cette même intervention.

**Tableau 10.***Scores moyens et écarts-type des employeurs sensibilisés vs employeurs non sensibilisés*

	Employeurs sensibilisés				Employeurs non sensibilisés			
	T1		T2		T1		T2	
	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET
Chaleur	4.01	4.54	5.65	1.17	4.51	1.10	4.79	1.07
Compétence	4.19	1.53	5.07	0.94	4.50	0.77	4.00	0.09
Sociabilité	3.93	1.67	4.79	1.02	4.10	1.35	4.17	0.20
Moralité	4.10	1.47	5.67	1.41	4.92	1.21	4.75	1.10
Capacité	3.92	1.59	5.10	1.10	4.05	0.82	3.96	0.30
Effort	4.46	1.54	5.00	0.96	4.96	0.84	4.08	0.42
Menace envers moralité	3.04	1.47	2.69	1.65	4.00	1.45	2.38	1.03
Menace sécurité	1.98	1.30	1.25	0.54	2.71	1.79	2.38	2.14
physique								
Menace réciprocité par	2.24	1.65	1.81	1.41	3.00	1.46	3.25	2.40
incapacité								

Menace envers l'économie	1.96	1.24	1.63	1.06	2.35	1.27	3.25	2.18
Menace envers les relations de confiance	2.04	1.19	1.81	1.19	2.71	1.85	3.13	2.39
Menace de contamination	2.39	1.52	1.44	0.73	3.5	2.17	2.50	3.00
Menace Générale	1.48	1.30	1.25	0.54	1.47	0.68	1.88	1.75
Colère	2.78	1.92	1.25	0.71	3.15	1.62	1.88	1.75
Peur	3.63	1.79	1.25	0.71	4.68	2.10	2.13	1.93
Dégoût	3.11	1.95	1.13	0.36	2.94	1.54	1.13	0.25
Pitié	4.52	1.70	3.81	0.96	5.68	1.66	3.50	1.87
Culpabilité	3.20	1.78	1.25	0.46	2.68	1.48	2.13	1.31
Envie	2.35	1.70	1.13	0.46	1.53	1.07	1.00	0.02
Admiration	3.48	1.95	3.13	2.42	4.65	1.62	3.75	2.50
Familiarité connaissances	2.95	0.75	2.98	0.90	3.48	0.73	3.22	0.96

Familiarité quantité de contacts	3.01	0.60	2.77	0.53	3.06	0.57	2.88	1.36
Familiarité qualité de contacts	3.18	0.86	3.25	1.05	3.91	0.91	3.25	1.54

---

#### **6. 4. Synthèse des résultats du chapitre 6**

Les études présentées dans ce chapitre s'inscrivent dans le dernier objectif de cette thèse : considérer la perception de menace comme un maillon central dans la dynamique stéréotypes-menace-émotion, afin de mieux comprendre les difficultés d'accompagnement au retour au travail exprimées par les employeurs.

L'Étude 4 a permis d'identifier plusieurs types de menaces perçues à l'égard des personnes malades du cancer et de souligner le caractère saillant de la menace envers la moralité. Par contre, c'est bien la menace interactionnelle qui est le médiateur de la relation entre l'effort et les émotions. Par ailleurs, les premiers résultats concernant la familiarité avec la maladie suggèrent que la qualité du contact avec les malades constitue un facteur clé pour réduire les perceptions négatives. L'Étude 5, actuellement en cours d'inclusion, fournit des résultats descriptifs préliminaires encourageants quant à l'effet d'une action de sensibilisation sur l'amélioration de certaines perceptions à l'égard des malades du cancer ; cependant, des données supplémentaires sont nécessaires pour en confirmer la portée.

Ces résultats mettent en évidence la pertinence de mobiliser des concepts issus de la psychologie sociale pour compléter les approches existantes dans ce domaine. En effet, travailler également sur les représentations et les réactions des employeurs semble constituer un levier complémentaire et prometteur pour favoriser un retour au travail plus inclusif et durable des personnes malades du cancer.

## Partie 3 - Discussion générale

---

## **Chapitre 7 : Rappel des objectifs et des principaux résultats**

La présente thèse de doctorat s'appuie sur une série d'études empiriques dont l'objectif était de mieux comprendre en quoi la perception des employeurs à l'égard du cancer peut influencer les comportements d'accompagnement au retour au travail. Si les résultats spécifiques à chaque étude, leurs limites et leurs portées ont été discutées dans les parties correspondantes, cette section propose de prendre de la hauteur afin d'adopter une perspective que nous espérons plus globale sur notre projet de recherche. Après avoir rappelé le contexte, le cadre théorique, les objectifs et les principaux résultats, nous tenterons ainsi de dégager des éléments qui permettront de situer la portée de ce travail et des perspectives envisageables.

### **7. 1. Mobiliser la psychologie sociale pour une meilleure compréhension des difficultés lors du retour au travail après un cancer**

Le retour au travail après un cancer est un parcours semé d'embûches et marqué par de nombreux obstacles. Parmi ces obstacles, les comportements d'exclusion sociale restent une barrière majeure. En France, une personne sur cinq en emploi au moment du diagnostic, ne l'est plus cinq ans après (INCa, 2018). Ces comportements constituent de puissants freins au processus de récupération puisque le travail constitue une étape essentielle dans la reprise d'une vie « normale » (Stergiou-Kita et al., 2016). Mieux comprendre les freins à la reprise d'une activité professionnelle apparaît donc essentiel pour les personnes atteintes de cancers ainsi que l'ensemble des partenaires les accompagnant.

Longtemps focalisées sur les difficultés vécues par les personnes malades, les recherches dans ce domaine s'intéressent désormais de plus en plus aux employeurs et à leur rôle dans le retour au travail (de Boer et al., 2022). Notre travail de thèse s'inscrit dans cette perspective, en collaboration avec la Ligue contre le cancer 67. Un certain nombre d'études interrogeant les expériences des employeurs dans le domaine de l'accompagnement au retour au travail, ont en effet souligné qu'ils peuvent : (i) manquer d'informations vis-à-vis de la maladie, (ii) se sentir mal à l'aise à l'idée de faire

face à quelqu'un malade de cancer ou encore (iii) être démunis dans la gestion de ces situations non familières (e.g., Greidanus et al., 2018 ; Grunfeld et al., 2010 ; Porro et al., 2022 ; Viseux et al., 2022). Cette thèse a pour ambition de contribuer à étendre le spectre de ces recherches, en mobilisant des modèles théoriques issus de la psychologie sociale, afin de comprendre l'origine des difficultés exprimées par les employeurs face au retour des personnes malades du cancer au sein de l'entreprise. Autrement dit, notre objectif a été d'explorer comment certains mécanismes psychosociaux peuvent être à l'origine des réactions envers les personnes malades du cancer et ainsi constituer des freins à leur inclusion professionnelle. Cette analyse des processus en jeu a été mise au service de la Ligue contre le cancer 67, dans le but de concevoir des actions de sensibilisation adaptées aux employeurs concernés.

## **7. 2. Rappel du cadre théorique et des hypothèses**

Notre cadre théorique mobilise différents modèles psychosociaux afin d'analyser les réactions envers les personnes malades : les représentations sociales (pour une synthèse Gaymard, 2021), la perception sociale (pour une synthèse Abele et al., 2021), l'attribution de responsabilité (Weiner et al., 1988) et la perception de menace (Cottrell & Neuberg, 2005). Bien que ces modèles soient encore peu appliqués au domaine du cancer, plusieurs travaux menés dans des contextes comparables en soulignent la pertinence.

En premier lieu, l'étude des représentations sociales dans le champ de la santé a permis de mettre en évidence la manière dont certaines maladies sont symboliquement construites, influençant ainsi les attitudes et comportements à l'égard des personnes concernées (Galand & Salès-Wuillemin, 2009 ; Herzlich, 2019). Par exemple, les représentations sociales du Covid-19 mettent en avant des éléments centraux tels que les termes « virus », « maladie » ou encore « contagion » qui peuvent favoriser des comportements incitant à respecter le confinement et les gestes barrières (De Condappa et al., 2021). Concernant la perception sociale, les travaux récents sur l'évaluation de l'environnement social ont mis en évidence le poids des jugements stéréotypés sur les comportements d'exclusion

(Yzerbyt et al., 2025). Ce cadre théorique a notamment été mobilisé pour étudier la perception envers les personnes en situation de handicap, qui font l'objet de jugements ambivalents : elles sont souvent perçues comme peu compétentes, mais chaleureuses, pouvant expliquer la difficulté à parvenir à des comportements véritablement inclusifs (Cuddy et al., 2011 ; Sadler et al., 2015 ; Vaughn et al., 2017 ; Yzerbyt et al., in press). Par ailleurs, les travaux réalisés dans le champ plus spécifique de la santé ont montré que lorsque la maladie est perçue comme évitable ou liée à des comportements individuels, elle tend à engendrer des réactions plus négatives avec une stigmatisation ou des comportements discriminatoires plus importants (Granjon et al., 2023 ; Thamm et al., 2024 ; Weiner et al., 1988). Par exemple, les individus ont tendance à avoir des attitudes plus négatives envers les personnes ayant contracté le VIH suite à l'utilisation de drogues (comportement évitable), plutôt que ceux l'ayant contracté suite à des transfusions sanguines (comportement non évitable, Papathanasiou & Apostolidis, 2022). Enfin, les recherches récentes soulignent le rôle central de la menace comme prédicteur de réactions négatives et de comportements de mises à distance, mais également comme un médiateur de la relation entre l'image que nous nous construisons des individus et les réactions émotionnelles et comportementales vis-à-vis de ces derniers (Cook et al., 2018 ; Cottrell & Neuberg, 2005). Pour exemple, les personnes en situation de handicap cognitif ou psychique éveillent une menace liée à la qualité des relations qu'on imagine possible avec ces personnes, mais également une menace d'être soi-même touché par une maladie psychique, et une menace pour l'image de soi qui résulterait de comportements inappropriés avec ces personnes. La menace liée aux interactions sociales s'avère un puissant vecteur d'émotions négatives telles que le dégoût, la peur ou la colère : des émotions peu propices à des relations harmonieuses entre les individus (Aubé et al., 2022).

Pris ensemble, ces différents travaux en psychologie sociale appliqués aux groupes minoritaires et/ou de la santé illustrent la transférabilité de ces modèles à d'autres situations de vulnérabilité, telles que le cancer, qui pourrait activer des dynamiques comparables. Pour aller au-delà de la juxtaposition de ces modèles à cet objet, nous proposons dans cette thèse de les tester et les combiner à travers différents niveaux d'analyse (Doise, 1982) : le niveau idéologique (i.e., les

représentations sociales), inter-individuel (i.e., croyances stéréotypées et responsabilité attribuée) et intra-individuel (i.e., émotions et menaces).

Nous avons mobilisé le concept des représentations sociales en tant que système de pensées collectives qui définissent la manière dont un objet social est perçu au sein d'une société, en lien avec les valeurs et idéologies d'un groupe donné (Gaymard, 2021). Nous nous sommes particulièrement intéressés à la théorie du noyau central (Jodelet, 2015 ; Marie et al., 2010) nous permettant de dégager les éléments centraux, communs et partagés collectivement par le groupe, des éléments plus contextuels, personnels et périphériques. Les études antérieures conduites sur des populations non spécifiques ont notamment mis en évidence deux éléments centraux dans les représentations sociales du cancer : la « mort » et le domaine « médical » (Agustina et al., 2018 ; Foucaud et al., 2015 ; Marie et al., 2010). Nous avons formulé l'hypothèse que les représentations sociales des employeurs sont, au départ, similaires à celles de la population générale, mais qu'une action de sensibilisation peut les faire évoluer favorablement et ainsi favoriser l'accompagnement au retour au travail. S'intéresser à ce premier niveau d'analyse est essentiel, car les représentations sociales jouent un rôle structurant dans la façon dont on considère les individus concernés par l'objet social, notamment à travers les croyances stéréotypées (Berjot & Delelis, 2020).

Dans un second temps, les modèles actuels du jugement social (Abele et al., 2021 ; Cuddy et al., 2007 ; Yzerbyt et al., 2025), nous ont permis d'analyser les perceptions à l'égard des malades du cancer (et non plus seulement de l'objet social du cancer). Ces modèles ont largement mis en évidence que les stéréotypes relatifs aux groupes sociaux s'organisent selon deux dimensions fondamentales : la chaleur (i.e., les intentions prêtées au groupe) et la compétence (i.e., la capacité du groupe à réaliser ses intentions). Ces dimensions se décomposent en facettes : la sociabilité et la moralité comme composantes de la chaleur, et l'assertivité et la capacité comme composantes de la compétence (Abele et al., 2021). Pour certains groupes, dont notamment les personnes en situation de vulnérabilité, la dimension de compétence se traduit également au travers de la facette d'effort, en

reflétant le fait d'être volontaire et persistant dans son objectif (Cohen et al., 2017 ; Rohmer et al., 2022 ; Yzerbyt et al., 2025). Les travaux sur les jugements des groupes sociaux ont, en outre, mis en évidence que les stéréotypes qui résultent des combinaisons de la chaleur et de la compétence sont à l'origine de patterns émotionnels spécifiques (i.e., mépris, admiration, envie et dégoût) qui orientent à leur tour les intentions comportementales (i.e., comportements prosociaux ou antisociaux, actifs ou passifs, Cuddy et al., 2007). En s'appuyant sur ces modèles théoriques, nous avons émis l'hypothèse que les personnes malades du cancer sont perçues plus positivement en termes d'effort et de chaleur que de capacité. Ce stéréotype paternaliste est associé à des émotions plutôt positives, mais pouvant conduire à des comportements oscillant entre comportements prosociaux et exclusion (Cohen et al., 2017 ; Cuddy et al., 2007 ; Rohmer et al., 2022). Suivant cette ligne de recherche, nous avons également testé le rôle médiateur des émotions entre les croyances stéréotypées et les comportements (Bye & Herrebrøden, 2018 ; Cuddy et al., 2007).

De façon cohérente avec notre sujet d'intérêt, nous avons également examiné comment la perception sociale des personnes malades du cancer peut évoluer en fonction de caractéristiques liées à la maladie. Plus spécifiquement, nous avons étudié l'impact de la perception subjective de responsabilité dans l'apparition de la maladie (Dijker & Raeijmaekers, 1999 ; Weiner et al., 1988). En effet, certains types de cancers perçus comme « évitables » (liés à des comportements individuels) peuvent générer une stigmatisation plus importante que des cancers considérés comme « non évitables » (Marlow et al., 2010, 2015 ; Shepherd & Gerend, 2014 ; Wang et al., 2015). Nous avons donc formulé l'hypothèse que les personnes ayant un cancer considéré comme évitable (avec une forte attribution de responsabilité au malade) peuvent éveiller des réactions plus négatives que lorsque le cancer est perçu comme résultant de la malchance : elles seront jugées plus négativement (en particulier sur la chaleur) et éveilleront moins de réactions émotionnelles positives. De nouveau, nous avons testé le rôle médiateur de cette perception de responsabilité entre le type de cancer et les croyances sur les malades (Shepherd & Gerend, 2014).

Enfin, dans un dernier temps, nous nous sommes appuyés sur le modèle socio-fonctionnel des préjugés (Aubé et al., 2022 ; Aubé & Ric, 2019 ; Cottrell & Neuberg, 2005) et avons mobilisé le concept de perception de menace comme mécanisme explicatif de l'impact des croyances stéréotypées sur les émotions. Selon ce modèle, les émotions et comportements envers les groupes sociaux dépendent des types de menaces associées à ces groupes. Suivant les propositions du modèle, nous avons fait l'hypothèse que les personnes malades d'un cancer éveillent globalement une perception de menace générale. De façon plus spécifique, nous proposons que cette menace générale masque des menaces spécifiques envers les malades. Dans ce travail, nous avons testé le rôle médiateur de ces menaces dans la relation entre les croyances stéréotypées et les émotions (Aubé et al., 2022).

### **7. 3. Principaux résultats**

Le premier axe de ce manuscrit s'est centré sur l'étude des représentations sociales du cancer en interrogeant une population d'employeurs, à l'occasion d'une action de sensibilisation (**Etude 1**). Ce premier travail nous a permis de construire une action de sensibilisation en respectant des piliers théoriques (Corrigan & Watson, 2002 ; Crisp & Turner, 2009 ; West et al., 2015) puis d'évaluer son efficacité. Nos résultats ont mis en évidence des représentations sociales initiales, similaires à celles déjà identifiées dans la population générale (centrées sur la maladie, la mort et les souffrances). Cependant, l'action de sensibilisation s'est révélée efficace puisque ces représentations ont pu évoluer en intégrant des éléments plus positifs tels que l'accompagnement ou l'écoute. Cette évolution se traduit également par le fait que les participants ont exprimé un niveau d'anxiété face au cancer plus faible après la sensibilisation qu'avant, que l'on peut interpréter comme une diminution du sentiment de malaise face à des malades du cancer. Les résultats ont également mis en lumière que la sensibilisation a renforcé leur sentiment d'efficacité personnelle, suggérant une plus grande capacité perçue à gérer ces situations. De façon importante, il apparaît que les effets positifs ont perduré avec des pratiques professionnelles inclusives qui semblent s'être développées lorsque les employeurs sont réinterrogés six mois après l'intervention. Il convient toutefois de noter qu'un certain nombre de participants n'ont pas répondu à tous les temps de mesure (avant et après l'action),

limitant la portée des données recueillies. Ce type de contraintes est fréquent dans les recherches menées en contexte appliqué, où l'adhésion complète au protocole peut être plus difficile à obtenir et à conserver à long terme (Paluck & Green, 2009). Malgré cela, cette première contribution empirique souligne l'importance d'intégrer une approche psychosociale dans l'étude des leviers à l'inclusion professionnelle des personnes malades du cancer.

Le second axe de ce manuscrit s'est consacré à l'étude de la perception sociale des personnes malades du cancer à travers le prisme des stéréotypes, des émotions, des tendances comportementales et de l'attribution de responsabilité. Nous avons examiné cette perception en interrogeant des personnes tout venantes, mais également des malades du cancer, afin d'évaluer si une dynamique similaire se retrouvait entre la manière dont ces personnes malades sont perçues par autrui et la manière dont elles se perçoivent elles-mêmes. En effet, la perception sociale constitue souvent le socle de croyances qu'un individu développe sur lui-même (Abele & Wojciszke, 2018). Cette partie empirique a donné lieu à **trois études** (Etude 2\_A, Etude 2\_B et Etude 3), précédées de deux études pilotes.

Les résultats de l'**Etude 2\_A** ont montré que les malades se dévalorisaient sur la dimension de compétence par rapport à la chaleur, ce qui pouvait nuire à leur bien-être psychologique. De façon additionnelle, nous avons étudié l'impact de la révélation de la maladie sur le lieu de travail. De fait, la façon dont la maladie est révélée ou au contraire cachée est un enjeu important. Il s'agit de décider si on préfère cacher de potentielles difficultés ou chercher le soutien auquel on peut prétendre, au risque de sortir de la « normalité » (Corrigan & Rao, 2012 ; Luo & Hancock, 2020 ; Stergiou-Kita et al., 2016). Un enjeu important pour la personne concernée est donc qu'elle puisse garder la responsabilité de révéler ou non ses difficultés. Les résultats ont effectivement indiqué que lorsque la personne peut annoncer elle-même son cancer, elle se perçoit comme plus compétente et exprime un bien-être psychologique plus élevé. L'**Etude 2\_B**, quant à elle, a permis de confirmer que les personnes malades du cancer sont perçues comme moins capables que les personnes en bonne santé. Cette étude s'est,

par ailleurs, attachée à prendre en compte les facettes du jugement, mettant en évidence que c'est uniquement sur la capacité que ces personnes malades du cancer sont jugées le plus négativement : elles sont décrites comme morales, sociables et fournissant des efforts, mais comme moins capables que les personnes en bonne santé. Ces croyances sont liées à des émotions qui restent positives (e.g., admiration). En outre, les résultats mettent en évidence des intentions comportementales ambivalentes, allant vers du soutien, mais aussi des comportements d'exclusion. De façon intéressante, les émotions positives jouent un rôle central en médiatisant la relation entre capacité perçue et comportements antisociaux. Plus les malades du cancer sont perçus comme étant capables, plus des émotions positives sont éveillées et moins des comportements antisociaux s'expriment.

L'**Etude 3** a prolongé la précédente étude en intégrant l'attribution perçue de responsabilité dans l'apparition de la maladie. Dans l'ensemble, nos résultats ont indiqué que les malades atteints d'un cancer perçu comme évitable, faisaient l'objet de jugements plus négatifs sur la dimension de chaleur et suscitaient davantage d'émotions négatives que ceux atteints d'un cancer perçu comme non évitable. La responsabilité perçue s'est révélée être un médiateur entre le type de cancer et ces réactions (chaleur et émotions négatives). Pris dans leur ensemble, ce set de trois études pourrait suggérer que la révélation de la maladie reste un enjeu important dans le processus de retour au travail. Révéler sa maladie permet de retrouver de « l'empowerment » et un certain bien-être pour les personnes concernées (Honda et al., 2024). Cependant, elle comporte également le risque de susciter des réactions de rejet liées à la perception que cette situation aurait pu être évitée ou que la personne concernée n'est plus en capacité d'assurer ses tâches. De futurs travaux sont nécessaires pour tester de façon plus directe les intentions de révéler sa maladie et les effets de cette révélation en fonction du type de cancer.

Le dernier axe de ce manuscrit s'est centré sur la perception de menace envers les malades du cancer, envisagée comme un élément central de la dynamique entre stéréotypes et émotions (Aubé et al., 2022). Cette dernière partie empirique regroupe **deux études** (Etude 4 et Etude 5) et une

étude pilote réalisée au préalable. L'**Etude 4**, a permis de répliquer nos résultats précédents concernant la perception ambivalente des malades. Elle a également mis en évidence que les malades du cancer n'éveillent pas une menace générale dans l'absolu, mais plutôt des menaces plus spécifiques. En particulier, nos résultats ont montré l'activation d'une menace envers la moralité (i.e., le fait de ne pas soutenir assez activement les malades du cancer) et d'une menace interactionnelle (i.e., le fait de craindre d'interagir avec les malades du cancer). La menace interactionnelle médiatise ici la relation entre l'effort perçu et les émotions négatives : plus les personnes malades sont perçues comme faisant des efforts, moins elles apparaissent menaçantes pour les relations interpersonnelles et moins d'émotions négatives sont éveillées envers elles.

L'**Etude 5** vient conclure le travail empirique de cette thèse en poursuivant les efforts amorcés dans l'Etude 1 pour mettre en place, améliorer et tester des actions de sensibilisation à destination des employeurs favorables au retour au travail après un cancer. Dans cette dernière étude, la menace perçue reste la variable d'intérêt centrale. Cette étude est toujours en cours de réalisation. A un niveau qui reste descriptif, les premiers résultats paraissent encourageants.

Ainsi, à la lumière des résultats obtenus, la section suivante vise à discuter tout d'abord les contributions théoriques fondamentales et appliquées de ce travail, pour ensuite proposer une réappropriation possible de ces résultats par les acteurs de terrain, en particulier dans les actions de sensibilisation ou des programmes pour mieux accompagner le retour au travail après un cancer. En mobilisant plusieurs cadres conceptuels issus de la psychologie sociale, cette thèse propose une analyse permettant de mettre en lumière des éléments explicatifs des difficultés de retour au travail après un cancer. Ce travail poursuit ainsi les efforts pour comprendre les difficultés rencontrées dans notre société par les personnes les plus vulnérables, enjeux particulièrement saillants dans nos sociétés contemporaines actuelles (Aubé et al., 2022 ; Boudjemadi et al., 2023 ; Rohmer et al., 2022 ; Yzerbyt et al., in press). Nous proposons d'aborder les limites de la présente thèse et ses perspectives au fur et à mesure du déroulé de la discussion avant de terminer sur notre conclusion générale.

#### **7. 4. Apports scientifiques**

Les résultats obtenus dans le cadre de cette thèse donnent lieu à un ensemble de contributions scientifiques. Dans cette partie, nous proposons de nous concentrer dans un premier temps sur les apports théoriques et appliqués de ce travail. Nous proposons de les présenter selon les différents niveaux d'analyse de Doise (1982), à savoir : les contributions au niveau idéologique, inter-individuel et enfin intra-individuel. Dans la partie suivante, nous pourrions intégrer ces apports pour valoriser les approches *evidenced-based* auprès des partenaires de terrain.

##### **7. 4. 1. Les contributions à un niveau idéologique**

Nos résultats suggèrent que les représentations sociales du cancer chez les employeurs s'inscrivent initialement dans un imaginaire collectif anxiogène, structuré autour des termes de mort, de maladie et de souffrances, conformément à ce qui a déjà été observé dans la population générale (Agustina et al., 2018 ; Foucaud et al., 2015). Ces représentations apparaissent en décalage avec les normes de performance, de flexibilité, de pression du temps et d'intensification des cadences présentes dans les représentations sociales du travail (Negura & Lavoie, 2016). Toutefois, nos résultats mettent également en évidence que ces représentations ne sont pas figées : elles peuvent évoluer à la faveur d'une intervention ciblée. L'intégration de nouveaux éléments centrés sur l'accompagnement et l'écoute témoigne d'une reconfiguration possible du noyau central vers des représentations de la maladie en milieu professionnel plus fonctionnelles.

Pour éclairer ces dynamiques de transformation, le modèle de l'adaptation symbolique collective fournit un cadre théorique éclairant (*Collective Symbolic Coping Model*, Wagner et al., 2002). Ce modèle, ancré dans le courant des représentations sociales, décrit les processus collectifs par lesquels un groupe social régule et s'adapte symboliquement à un objet perçu comme menaçant, incertain ou difficile à catégoriser. Ce modèle a été utilisé pour mieux comprendre l'émergence des représentations sociales des maladies infectieuses qui sont particulièrement porteuses de menace

(De Condappa et al., 2021 ; Eicher & Bangerter, 2015 ; Gilles et al., 2013), et semble pertinent à mobiliser également pour le cancer qui s'est révélé source importante de menaces.

Le *Collective Symbolic Coping Model* permet de distinguer quatre phases clés, initialement conçues pour éclairer le processus de construction des représentations sociales face à l'émergence d'un objet nouveau. Toutefois, ce cadre conceptuel peut également être mobilisé pour analyser la reconfiguration de représentations déjà établies, notamment lorsqu'elles sont confrontées à des événements marquants (Wagner et al., 2002). Dans le cas présent, il permet d'interpréter les transformations observées à la suite de notre action de sensibilisation. La première phase, dite de *sensibilisation*, est la phase initiale où l'objet émerge au sein du collectif comme perturbateur ou problématique. Dans le cas du cancer, cette phase se manifeste par la conscience diffuse que le cancer constitue une réalité de plus en plus présente dans les trajectoires professionnelles (INCa, 2018). Le cancer est considéré comme un objet menaçant, car il peut toucher tout le monde, sans distinction (Vrinten et al., 2017), et il peut venir déstabiliser, que ce soit dans l'accompagnement, la communication ou encore les attendus en milieu professionnel (Greidanus et al., 2018). La seconde phase, la *divergence*, est caractérisée par un moment de foisonnement interprétatif, où différentes significations coexistent souvent de manière contradictoire. Les expériences quant au cancer semblent multiples chez les employeurs avant et au début de l'action de sensibilisation, certains expriment des expériences personnelles positives (e.g., rémission, retour au travail réussi), tandis que d'autres évoquent des expériences négatives (e.g., décès, ruptures de contrat). Cette étape témoigne d'informations contradictoires qui vont alimenter les représentations du cancer chez les employeurs. La troisième phase, la *convergence*, représente la phase de stabilisation au travers de la convergence des interprétations contradictoires. Celle-ci paraît s'amorcer avec l'intervention : elle contribue à ancrer des contenus plus consensuels autour de l'accompagnement, de l'espoir et de l'écoute. Ces éléments deviennent plus saillants et restructurent les représentations, marquant une évolution symbolique du cancer : le cancer évolue d'un objet strictement menaçant à un objet pouvant être géré par les employeurs. Enfin, la dernière phase, la phase de *normalisation*, correspond à la

consolidation et à l'intégration progressive de ces éléments dans les pratiques managériales, comme en témoignent certains comportements rapportés a posteriori par les employeurs. Ce modèle permet ainsi de mieux interpréter nos résultats qui rendent compte de la possibilité d'évolution des représentations sociales du cancer et de la capacité des groupes sociaux à élaborer collectivement des stratégies d'ajustement symbolique face à un objet perçu comme menaçant.

Néanmoins, nos résultats ne sont pas sans limites. Il demeure possible que des variables contextuelles (e.g., dynamiques internes à l'organisation) aient pu contribuer aux évolutions observées. Il aurait donc été utile de comparer deux temps de mesures pour des employeurs n'ayant pas participé à la sensibilisation proposée par la Ligue contre le cancer. Par ailleurs, les employeurs ayant participé à l'étude ont, par définition, été volontaire pour s'engager dans une démarche de sensibilisation. Leur profil pourrait ne pas être représentatif de l'ensemble du milieu professionnel. Ils sont majoritairement issus d'entreprises avec des pôles « Ressources Humaines ». Les dirigeants de toutes petites entreprises restent plus difficiles à contacter et à mobiliser pour de telles actions. Les Chambres de Commerce pourraient constituer un relais intéressant pour capter d'autres populations d'employeurs. Ces limites soulignent l'intérêt de futures recherches recourant à des méthodes expérimentales plus contrôlées, avec sans doute des mesures plus indirectes, et des échantillons plus représentatifs.

Le niveau idéologique nous a permis d'appréhender les représentations sociales liées à l'objet cancer, offrant ainsi une meilleure compréhension du cadre symbolique collectif au sein duquel les employeurs construisent leurs perceptions. Ces représentations structurent la façon dont les individus associés à cet objet sont perçus socialement (e.g., les personnes malades du cancer), en les rattachant à des croyances stéréotypées (Berjot & Delelis, 2020).

#### **7. 4. 2. Les contributions à un niveau inter-individuel**

**Une dévalorisation de la compétence.** Au travers de nos différentes études, nous avons pu mettre en évidence un résultat constant : les personnes malades du cancer sont décrites comme

chaleureuses, mais peu compétentes. Ces résultats s'inscrivent dans la continuité des travaux sur les stéréotypes paternalistes (Canton et al., 2023 ; Fiske et al., 2002 ; Yzerbyt et al., in press ; Yzerbyt & Cambon, 2017) et permettent de documenter empiriquement ce stéréotype envers les personnes malades du cancer, groupe jusque-là peu étudié. Dans ce travail, nous nous sommes intéressés non seulement à la perception d'autrui, mais également à la façon dont cette perception est intériorisée par les personnes malades. Ainsi, nous avons pu montrer qu'elles-mêmes se décrivent comme peu compétentes. Rappelons ici que le manque de compétence perçu constitue un frein majeur à l'employabilité ou peut compliquer la reprise d'une activité professionnelle (Carrier et al., 2014 ; Louvet et al., 2019).

Plusieurs travaux suggèrent que la perception de compétence constitue un prédicteur central dans les décisions de recrutement. Par exemple dans une méta-analyse récente, Gallo et al. (2024) se sont intéressés au rôle de la perception de chaleur et de compétence comme prédicteurs à l'accession à un entretien d'embauche. Les auteurs ont analysé les résultats de vingt et une études utilisant la méthode du testing<sup>21</sup>. Leurs résultats mettent en évidence que les recruteurs s'appuient préférentiellement sur leurs croyances subjectives pour évaluer les candidats. Les profils perçus comme chaleureux, mais peu compétents (en raison de leur âge, du genre ou des expériences professionnelles atypiques) reçoivent significativement moins de réponses positives que les autres. Bien que les données spécifiques au handicap restent limitées dans cette méta-analyse (deux études incluses seulement), le travail de Martinez et al. (2016), mené spécifiquement dans le champ du cancer tend à aller en ce sens en indiquant que les candidats ayant mentionné une expérience de cancer sur leur CV reçoivent moins d'appels pour un entretien que ceux n'ayant pas évoqué la maladie.

---

<sup>21</sup> Cette méthode consiste à comparer les résultats obtenus par deux types de candidats en tous points identiques, à une exception près, la caractéristique testée (e.g., l'origine, le lieu d'habitation, le genre) dans des processus de sélection réels comme un recrutement.

Nos résultats soulignent que cette dévalorisation de la compétence n'est pas uniquement inhérente à un jugement d'autrui : elle est également intériorisée par les personnes malades. Celles-ci se perçoivent elles-mêmes comme moins capables, ce qui peut nuire à leur sentiment de légitimité professionnelle. Ce phénomène peut être compris à travers le prisme d'une reconstruction identitaire liée au handicap. Dans leur revue systématique, Forber-Pratt et al. (2017) ont montré que le développement d'une identité en lien avec son nouveau statut, ici liée au handicap, est un processus complexe, dynamique et multidimensionnel. Il ne consiste pas à l'acceptation passive d'une étiquette imposée, mais en une intégration progressive de cette dimension dans une identité de soi plus large et positive. Ce processus comporte différentes phases, dont le refus, la reconnaissance, l'exploration, puis l'intégration de cette nouvelle identité dans une image de soi plus globale. Chacune de ces phases peut elle-même être influencée par des facteurs individuels (e.g., estime de soi, expériences vécues) ou liés à l'environnement (e.g., soutien institutionnel). Dans le contexte du cancer, ce processus est d'autant plus complexe que la maladie est souvent invisible, fluctuante et stigmatisée, donc mal identifiée, mal comprise, voire négligée (Granjon et al., 2023). Les personnes concernées ne se reconnaissent pas toujours dans la catégorie « en situation de handicap », malgré des troubles consécutifs à la maladie (Anna et al., 2013), ce qui peut entraver le recours à une reconnaissance auprès de l'AGEFIPH (L'Association de Gestion du Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées) et la mise en place des soutiens nécessaires. Pourtant, cette reconnaissance pourrait soutenir la réappropriation d'une identité professionnelle valorisante, dans un environnement de travail plus propice.

Ce double éclairage, à la fois du point de vue des employeurs que de celui des personnes concernées, confirme la place centrale de la compétence perçue dans les processus de reprise du travail. Celle-ci influence à la fois l'évaluation de la capacité à répondre aux exigences du poste (e.g., par les recruteurs) et le sentiment de légitimité à postuler ou reprendre une activité (chez les malades). La question qui se pose alors est celle des leviers permettant de revaloriser cette compétence dans une perspective d'accompagnement au retour au travail, car celle-ci fait défaut tout

aussi chez les personnes concernées que chez les employeurs. Ces leviers peuvent être d'ordre psychosocial (e.g., interventions ciblant l'identité professionnelle), organisationnel (e.g., reconnaissance du statut de travailleur handicapé) ou politique (e.g., des politiques handicap incitatives au niveau législatif et au sein de l'entreprise). La mobilisation de ces leviers pourrait favoriser une reconstruction identitaire positive, dans laquelle la personne réaffirme sa valeur professionnelle et sociale, tout en intégrant à la fois les compétences préservées et celles développées pendant la maladie. Cette identité reconstruite pourrait constituer un atout pour faire évoluer les croyances stéréotypées et renforcer la légitimité, le bien-être et la force d'action des personnes concernées (Dirth & Branscombe, 2018).

**L'effort : une facette spécifique et essentielle de la dimension de compétence.** Nos travaux apportent une contribution originale à la littérature sur la perception sociale en soulignant la nécessité d'une lecture plus fine de la dimension de compétence. Alors que les personnes malades du cancer sont souvent perçues comme globalement dévalorisées sur cette dimension, notre analyse par facettes permet de nuancer ce constat. Cette dévalorisation ne s'applique pas uniformément : elle se concentre plus particulièrement sur la capacité, entendue comme le potentiel perçu à atteindre un objectif, tandis que d'autres facettes plus motivationnelles, telles que l'effort, sont davantage valorisées. Cette dissociation met en lumière l'intérêt théorique d'élargir la définition classique des dimensions du jugement social.

Alors qu'une partie importante de la littérature décompose la dimension de compétence uniquement en deux facettes (capacité et assertivité), d'autres travaux plaident pour la reconnaissance de l'effort comme une facette spécifique. Cette facette semble émerger pour des groupes fragilisés par la vie, en particulier les personnes en situation de handicap (e.g., Canton et al., 2023 ; Cohen et al., 2017 ; Rohmer et al., 2022), ou dans les contextes liés aux apprentissages scolaires et au monde du travail (Chauvin et al., 2018 ; Leung et al., 2020). Nos résultats alimentent ces travaux : les personnes malades du cancer sont fréquemment associées à des qualités telles que

le courage, la résilience ou la détermination. Ces représentations, récurrentes dans les discours sociaux autour du cancer (Haller & Preston, 2016 ; Soffer, 2022), relèvent d'une logique d'effort, davantage que d'une compétence technique et peuvent questionner sur la perception réelle des compétences des personnes concernées (Louvet et al., 2019).

L'évolution des modèles d'évaluation sociale vers une perspective multifacettes est soutenue par de récents travaux (Cambon, 2022 ; Cohen et al., 2017 ; Louvet et al., 2019 ; Yzerbyt et al., 2025). Dans un effort de modélisation, Cambon (2022) s'est précisément intéressé aux facettes constitutives des deux grandes dimensions de compétence et de chaleur. Il a étudié leur hiérarchisation en fonction de leur valeur sociétale perçue et les implications de cette hiérarchie dans les inférences que les individus font à propos des groupes. Au travers de quatre études menées auprès de plus de 1614 participants, il identifie six facettes : l'assertivité, la capacité, l'effort, la moralité, la sociabilité et la sollicitude. Il montre que cette hiérarchie est dominée par les facettes associées à la dimension de compétence, avec en tête l'assertivité, suivie de la capacité, puis de l'effort, tandis que les traits relevant de la chaleur (moralité, sociabilité, sollicitude) sont globalement moins valorisés. De façon intéressante, si ces travaux confirment que l'effort est moins valorisé que l'assertivité ou la capacité, cela reste une facette à part entière, ni réductible à la capacité, ni assimilable aux traits de chaleur. Cette structuration, fortement ancrée dans les normes des sociétés occidentales contemporaines, influence les jugements : l'effort reste une facette ambivalente : les traits relevant de cette facette sont positivement connotés, mais insuffisamment pour conférer une pleine légitimité sociale ou professionnelle.

Les travaux de Leung et al. (2020) vont dans le sens de ces propositions en étudiant les jugements sociaux dans le domaine des services professionnels. Au travers de cinq études, les auteurs se sont intéressés à la manière dont les clients perçoivent la performance des employés du secteur des services. Ces performances sont expliquées en termes de capacité ou d'effort. Les auteurs ont montré que les employés perçus comme réussissant en raison de leur effort (plutôt que par leur talent

ou leur capacité) sont jugés plus chaleureux, plus méritants, et reçoivent davantage d'intentions comportementales de soutien (e.g., recommandations, pourboires). Cependant, ils sont considérés comme ayant moins de capacités et moins aptes à réaliser des tâches complexes, comparativement aux employés ayant réussi grâce à leur talent naturel. Pourtant, lorsque la tâche à effectuer par l'employé repose sur des qualités humaines ou relationnelles, les clients valorisent davantage l'idée que celui-ci a persévéré pour satisfaire leurs attentes, plutôt que sa capacité intrinsèque à réussir. Ainsi, les auteurs concluent que ce phénomène met en lumière une logique de compensation entre facettes : les traits valorisés dans certaines sphères (e.g., relationnelles, humaines) peuvent être disqualifiants dans d'autres (e.g., techniques, performatives).

Nos résultats font écho à cette dynamique. Les personnes malades du cancer sont fréquemment associées à des qualités morales ou sur l'effort, mais cela ne suffit pas à compenser leur déficit perçu en capacité. Dans un environnement professionnel fortement régi par des normes explicites de productivité, d'efficacité et de performance, la compétence est jugée avant tout comme la capacité à produire des résultats tangibles, rapides et mesurables. Dans ce contexte, les formes de compétence liées à l'effort ou à la persévérance sont reléguées au second plan, perçues comme des compensations à un manque de capacités intrinsèques (Sidorenkov & Borokhovski, 2023). Cette compensation (entre dévalorisation et survalorisation) illustre comment une perception apparemment bienveillante peut, en réalité, alimenter des formes d'exclusion : valoriser l'effort, le courage ou la résilience ne remet pas en cause les attentes normatives en matière de compétence. Autrement dit, la faible capacité perçue peut demeurer un frein au retour au travail, malgré des jugements positifs sur d'autres facettes. Ces éléments invitent à s'interroger sur les conditions organisationnelles qui pourraient favoriser la reconnaissance de l'effort dans le monde professionnel. Au-delà de la compétence, la valorisation de l'effort apparaît comme un levier important pour accroître l'engagement, réduire le turnover et renforcer la performance des employés (Imran et al., 2025). Dans le champ qui nous occupe, une telle reconnaissance pourrait également soutenir le processus de reprise d'activité professionnelle après un cancer. En particulier, certaines configurations

pourraient permettre une revalorisation sociale de cette facette. A ce titre, Grant & Parker (2009) proposent d'élargir les modèles classiques de la motivation et de la performance au travail en intégrant deux perspectives supplémentaires : la perspective relationnelle, qui souligne l'importance de l'impact du travail sur autrui et des interactions sociales, et la perspective proactive, qui insiste sur la capacité des employés à transformer activement leurs tâches et leur environnement. Appliqué au contexte du retour au travail après un cancer, cela suggère que l'implication proactive de la personne malade dans la redéfinition de son poste, combinée à la mise en place de configurations coopératives avec ses collègues, pourrait constituer une voie privilégiée de reconnaissance et de valorisation de ses efforts. Identifier et évaluer empiriquement de tels contextes organisationnels représente une perspective prometteuse pour de futures recherches.

Il convient de souligner certaines limites de notre approche. Notamment, nos études ne prennent pas en compte la facette d'assertivité. Nos travaux se sont concentrés sur les facettes de capacité et d'effort, jugées les plus pertinentes au regard de notre objet : les stéréotypes et obstacles sociaux au retour au travail après un cancer et de notre population d'étude. Toutefois, la facette d'assertivité (définie comme la motivation à mobiliser activement ses ressources) pourrait constituer un indicateur complémentaire important, notamment dans les environnements professionnels où l'initiative, l'autonomie et la proactivité sont valorisées (Cambon, 2022). De même, les traits de sollicitude, rattachés à la chaleur, pourraient enrichir l'analyse en offrant un prisme plus relationnel ou émotionnel sur les attentes sociales. Une exploration systématique et intégrative de l'ensemble des facettes du jugement social permettrait d'affiner la compréhension des stéréotypes complexes associés aux personnes malades du cancer et d'éclairer les conditions de leur pleine (ré)intégration sociale et professionnelle.

Le niveau inter-individuel nous a permis de mieux appréhender les croyances stéréotypées à l'égard des personnes malades du cancer au sein de la société. Cependant, il est nécessaire de se pencher au niveau intra-individuel pour éclairer la manière dont les stéréotypes s'incarnent dans des

expériences affectives et cognitives propres aux individus. Ainsi, l'étude des émotions et de la perception de menace offre un éclairage sur les répercussions des stéréotypes, en permettant d'appréhender la dynamique motivationnelle à l'œuvre dans les rapports intergroupes envers les personnes malades du cancer.

#### **7. 4. 3. Les contributions à un niveau intra-individuel**

**Les émotions, un prédicteur clé des intentions comportementales.** Nos travaux contribuent à enrichir la littérature qui met en évidence le rôle central des émotions dans la dynamique des relations intergroupes, en soulignant leur fonction prédictive dans les intentions comportementales à l'égard des personnes malades du cancer (Bye & Herrebrøden, 2018 ; Cuddy et al., 2007 ; Frijda, 1986 ; Kuppens & Yzerbyt, 2012 ; Mackie et al., 2000 ; Sadler et al., 2015). Deux résultats principaux se dégagent. Premièrement, les personnes malades du cancer suscitent majoritairement des émotions positives (i.e., la sympathie et l'admiration), plutôt que des émotions négatives telles que la peur ou le dégoût, traditionnellement associées à la maladie (Davey, 2011). On voit ici apparaître un décalage entre les représentations de la maladie et la façon dont cette représentation peut paradoxalement nourrir des attitudes positives envers les personnes porteuses de la maladie. Deuxièmement, les émotions éveillées par les croyances stéréotypées jouent un rôle déterminant dans les comportements sociaux : les émotions positives sont associées à une diminution des intentions comportementales antisociales. Ce résultat est plutôt surprenant, car les émotions positives sont classiquement associées aux comportements prosociaux (qu'ils soient actifs ou passifs, Cuddy et al., 2007).

Les émotions positives qui caractérisent nos résultats vont au-delà d'une perspective généraliste telle que la joie, elles englobent ici la sympathie et notamment l'admiration. L'admiration est une émotion positive qui se distingue des autres, telles que la gratitude ou l'élévation (Algoe & Haidt, 2009). L'*élévation* est une émotion ressentie lorsque l'individu est témoin d'une action profondément altruiste ou prosociale, qui mène à un engagement dans des comportements

prosociaux imitant celui dont l'individu a été témoin. La *gratitude* est une émotion ressentie quant à elle lorsqu'un individu reconnaît avoir bénéficié d'un acte intentionnel positif à son égard et implique une relation bienfaiteur-receveur. En comparaison, l'*admiration* est une émotion qui reflète une reconnaissance de compétences, de force morale ou de résilience surpassant les standards habituels et suscitant une réponse affective positive marquée par le respect, l'émerveillement ou l'inspiration.

Ainsi, Onu et al. (2016), dans leurs travaux, proposent une revue conceptuelle de l'admiration avec sa définition, ses fonctions sociales, ses antécédents et ses conséquences comportementales. Selon ces auteurs, plusieurs déterminants peuvent être à l'origine d'une émotion d'admiration. Le premier déterminant est *la perception de compétence* telle que proposée par le modèle du BIAS Map (Cuddy et al., 2007), où les groupes perçus comme compétents peuvent éveiller cette émotion. Le deuxième déterminant concerne *le statut social* : groupes sociaux perçus comme ayant un haut statut suscitent plus d'admiration que ceux ayant un bas statut. Le troisième déterminant renvoie à la *légitimité*, c'est-à-dire à la croyance selon laquelle le statut social du groupe en question est mérité. L'admiration est suscitée envers les groupes de haut statut uniquement si leur position est perçue comme légitime en comparaison avec ceux pour lesquels le statut paraît illégitime. Le quatrième déterminant est *le caractère prototypique* : l'admiration est plus facilement éveillée lorsqu'autrui incarne les normes et les valeurs du groupe cible. Enfin, le dernier déterminant renvoie à *l'accessibilité* : plus l'individu perçoit le groupe comme étant atteignable (i.e., perception que leur propre groupe puisse atteindre les mêmes standards que le groupe cible), plus d'admiration est ressentie envers eux. Dans le cas des malades du cancer, notre travail suggère que l'admiration ne découle pas d'une perception de compétence et d'un statut qui lui est associé (Cuddy et al., 2007 ; Louvet et al., 2019), l'admiration pourrait résulter des normes sociales valorisant les efforts déployés pour « surmonter » l'épreuve de la maladie. On comprend ainsi le décalage entre la représentation de la maladie et ses conséquences en termes de ressentis envers les malades. Cette perception s'articule à la notion de prototypicalité et renforce l'idée que les malades du cancer incarnent, dans certaines configurations, des figures héroïques. En cela, ils deviennent représentatifs de ce que la

société valorise (e.g., la lutte, le courage, l'endurance) dans une logique méritocratique (Soffer, 2022). Cela peut expliquer pourquoi les émotions positives apparaissent de manière saillante dans nos données : les malades seraient perçus comme atteignant, voire surpassant, les standards d'effort et de courage en faisant des figures prototypiques.

Néanmoins, notre analyse souligne également l'ambivalence potentielle de l'admiration. Si elle motive parfois le fait de s'associer activement au groupe admiré (comportements prosociaux), elle peut aussi conduire à une forme de distanciation passive, voire à un rejet (comportements antisociaux, Algoe & Haidt, 2009 ; Cuddy et al., 2007 ; Onu et al., 2016). En effet, lorsqu'elle est liée à une valorisation excessive ou inatteignable de l'autre, elle peut produire un effet de « vitrine morale » : on admire sans pour autant s'associer activement ou favoriser l'inclusion du groupe (Sweetman et al., 2013). Ce phénomène a été documenté dans le champ du handicap à travers deux concepts centraux. D'une part, celui de l'« inspiration porn » (e.g., Haller & Preston, 2016), où la personne handicapée est réduite à être uniquement perçue comme une source d'inspiration pour les individus valides, sans reconnaître leurs luttes et leurs droits. D'autre part, celui de « supercrip » (e.g., Schalk, 2016), où les personnes handicapées sont valorisées parce qu'elles surpassent leur handicap de manière exceptionnelle (e.g., le sport). Ces concepts traduisent des attentes paradoxales quant à ce qu'une personne handicapée ou malade peut habituellement accomplir, avec la norme validiste comme modèle (Sterba et al., 2022).

Dans le cas du retour au travail après un cancer, cela pourrait se manifester à travers une admiration « héroïsante » de ceux qui reprennent leur emploi, sans pour autant questionner les obstacles pouvant être rencontrés au sein du processus. En effet, présenter le retour au travail comme le fruit du « courage » ou de la « volonté » individuelle valorise certes symboliquement les personnes malades, mais occulte simultanément les obstacles rencontrés tels que les discriminations, le manque d'aménagements organisationnels ou l'inadéquation des politiques de ressources humaines, qui conditionnent fortement leurs possibilités de retour à la vie professionnelle. Dans cette perspective,

bien que la perception de compétence (avec ses facettes de capacité et d'assertivité) soit généralement associée à des intentions prosociales (Bye & Herrebrøden, 2018 ; Cuddy et al., 2007), son articulation avec l'effort semble pouvoir conduire à une réduction de certains comportements antisociaux, en favorisant l'émergence d'émotions positives jouant un rôle médiateur. Cependant, pour que cette valorisation se traduise en comportements positifs, il apparaît nécessaire de dépasser la seule rhétorique de l'effort et de mettre davantage en avant la valorisation des capacités. Cela peut inclure, par exemple, la valorisation de la capacité perçue à travailler (work ability) ou du sentiment d'efficacité professionnelle (job self-efficacy), des leviers reconnus du retour au travail (Wolvers et al., 2018). Cette mise en avant des capacités constitue une condition essentielle pour que l'admiration devienne vectrice de moins d'exclusion sociale.

Une limite importante de notre travail concerne le biais de désirabilité sociale, particulièrement saillant dans l'évaluation des attitudes à l'égard de groupes perçus comme vulnérables, tels que les personnes malades du cancer. Dans un contexte où la bienveillance et le soutien sont des normes fortement valorisées, les réponses explicites des participants peuvent refléter davantage ce qui est socialement attendu que leurs véritables attitudes ou dispositions comportementales (Rohmer & Louvet, 2012a). Ce biais pourrait ainsi avoir conduit à une surestimation des émotions positives et à une sous-déclaration des émotions négatives. Dans cette perspective, il apparaît nécessaire d'envisager des procédures de mesures indirectes permettant de contourner cette influence normative. Parmi les outils méthodologiques pertinents, la VAAST (Visual Approach/Avoidance by the Self Task) constitue une piste prometteuse. Comme utilisée dans les travaux de Granjon et al. (2025), cette tâche mesure l'approche ou l'évitement de cibles sociales dans un contexte qui se veut plus écologique et réaliste des interactions sociales. Appliquée à la perception des personnes malades du cancer, la VAAST permettrait de mieux saisir les réactions automatiques et de compléter les mesures déclaratives en révélant des formes spontanées d'évitement, souvent non verbalisées. L'intégration de telles méthodes dans les recherches futures constituerait un enjeu

important, permettant une compréhension plus fine et plus nuancée des émotions et de leurs effets comportementaux.

**Menaçant ou menacé par le fait que l'on puisse tous devenir malade ?** Nos résultats apportent une lecture originale des difficultés de retour au travail à la suite d'un cancer en intégrant la nécessité de prendre en compte la perception de menace. Alors que la littérature commence à s'intéresser à la perception des menaces éveillées par les personnes ayant des difficultés de santé (e.g., Aubé et al., 2022 ; Berrenberg et al., 2002 ; Bustillos & Silván-Ferrero, 2013 ; Nguyen et al., 2021), nos travaux affinent cette compréhension en distinguant deux types de menaces que les malades du cancer activent : une menace interactionnelle, liée à la crainte de mal agir, et une menace envers la moralité, associée à la crainte de ne pas en faire assez pour soutenir la personne malade.

Cette double menace s'enracine dans une représentation sociale du cancer comme objet menaçant par excellence. Dans leur méta-analyse, Vrinten et al. (2017) proposent d'examiner, au travers de 102 études qualitatives, les peurs provoquées par le cancer au sein de la population générale. Les auteurs mettent en évidence que ces peurs prennent racine dans l'idée que le cancer est un ennemi invisible et qui touche tout le monde sans distinction. Il n'est pas considéré comme une « simple » maladie, mais est personnifié à travers l'image d'un tueur ou d'un traître vicieux, imprévisible et indestructible. De cette idée principale découlent quatre thématiques liées à la menace : (i) la proximité avec le cancer, (ii) les stratégies d'évitement de la maladie, (iii) le fait de devenir un patient et (iv) l'issue potentiellement fatale de la pathologie.

La première thématique liée à *la proximité avec le cancer* englobe des facteurs tels que les expériences personnelles avec le cancer (e.g., avoir ou avoir eu dans sa famille ou ses amis des personnes malades), l'exposition à des campagnes de prévention alarmistes ou encore les antécédents de risques familiaux. Ces éléments peuvent induire une peur du cancer, car l'individu se sent proche de la maladie et cela crée potentiellement un sentiment d'insécurité. La seconde thématique concerne les *stratégies d'évitement* : le fait d'éviter de parler de cette maladie, d'y penser

ou de s'inquiéter le moins souvent possible de tomber malade constituent des moyens de mettre la peur à distance. Le troisième thème correspond à la peur de *devenir un patient*. Dans cette catégorie, les peurs peuvent être de plusieurs natures : d'une part, la peur de la dépression, de l'anxiété et de l'angoisse suite à l'annonce du diagnostic, des souffrances causées par les traitements, ou de devenir un fardeau pour sa famille au niveau social et financier ; d'autre part, la peur du regard des autres, de devenir inutile ou d'être stigmatisé et exclu de la société. Enfin, le dernier thème explore *l'issue potentiellement fatale du cancer*, regroupant principalement la peur de mourir, malgré l'amélioration du taux de survie. Cette peur de la mort consiste l'élément principal de la peur envers le cancer, comme en témoignent les résultats sur les représentations sociales du cancer (e.g., Agustina et al., 2018 ; Daul et al., 2024 ; Marie et al., 2010). Ces thématiques confirment que le cancer est un objet socialement menaçant, non seulement pour la santé, mais aussi sur le plan identitaire.

Nos résultats mettent en évidence que les personnes malades de cancer n'éveillent pas de menace générale à leurs égards dans l'absolu, mais plutôt des menaces plus spécifiques et multidimensionnelles, en accord avec la littérature sur la perception de menace (Cottrell & Neuberg, 2005 ; Stephan et al., 2009 ; Stephan & Stephan, 2017). En effet, dans nos résultats, la menace interactionnelle reflète la peur de ne pas savoir comment interagir avec une personne malade du cancer, de dire quelque chose d'inapproprié ou de mal agir (*être à proximité du cancer*). Quant à la menace envers la moralité, elle renvoie au fait d'être jugé comme une personne indigne si l'on ne soutient pas suffisamment les malades.

Le cancer éveille des menaces spécifiques qui seraient en lien avec la prise de conscience de sa propre vulnérabilité face à la maladie, ainsi qu'à la crainte d'appartenir à ce groupe stigmatisé, d'être exclu des interactions sociales et de ne pas bénéficier du soutien nécessaire de la part de la société. C'est précisément ce que formalise la Terror Management Theory (Greenberg et al., 1986) qui postule que la conscience de notre mortalité engendre une angoisse fondamentale, que les individus régulent au travers de mécanismes défensifs. Dans cette perspective, faire face à des

personnes malades du cancer rendrait saillant le rappel de cette finitude, déclenchant des stratégies protectrices du soi afin de tenir la menace en question à distance. Ces stratégies s'expriment au travers de deux types de défenses : les défenses proximales, dont le rôle est de réduire la peur en repoussant ou en niant la pensée de la mortalité, et les défenses distales qui agissent à un niveau indirect et symbolique pour préserver l'estime de soi. Ainsi, ces défenses se traduisent notamment par des comportements de rejet ou d'évitement permettant de rester à distance de tout contact avec l'objet à l'origine de l'angoisse (ici les malades du cancer) ou encore de dénier sa propre vulnérabilité ou que cela « n'arrive qu'aux autres » (Boudjemadi et al., 2015 ; Burke et al., 2010 ; Mosher & Danoff-Burg, 2007). La menace interactionnelle identifiée dans nos travaux peut être interprétée comme l'expression de ces défenses : éviter la personne malade revient à tenir à distance l'angoisse de sa propre mortalité. En ce sens, des comportements tels que la réduction des interactions avec les personnes malades, la délégation limitée des responsabilités ou la mauvaise communication, difficultés fréquemment rapportées lors du retour au travail après un cancer (Greidanus et al., 2018), pourraient refléter la tentative des employeurs et collègues de se protéger en tenant à distance la confrontation avec leur propre mortalité.

Pourtant, l'interaction avec des personnes malades ne confronte pas seulement les individus à une autre réalité que la leur, mais fait surgir l'idée que cette réalité pourrait devenir la leur. En d'autres termes, les malades du cancer incarnent une trajectoire de vie non choisie, mais potentiellement accessible. Cette idée renvoie à la notion de perméabilité des groupes sociaux, développée dans le cadre de la théorie de l'identité sociale (Tajfel & Turner, 1986, voir également Armenta et al., 2017). Selon cette approche, lorsqu'un groupe stigmatisé est perçu comme perméable, c'est-à-dire qu'il est possible d'y appartenir, il devient plus menaçant sur le plan identitaire. Ce n'est pas tant le groupe en tant que tel qui est rejeté, mais ce qu'il évoque de notre propre vulnérabilité et de la fragilité du statut social que l'individu occupe. Dans le cas du cancer, cette perméabilité est particulièrement saillante : la maladie peut frapper sans distinction apparente, renforçant l'idée d'une inclusion future dans une appartenance catégorielle redoutée. Le groupe des malades ne constitue

pas un « eux » catégoriel, mais un « nous potentiels ». Craindre de ne pas se montrer assez solidaire envers les personnes malades, c'est aussi craindre le regard que l'on pourrait un jour porter sur soi dans cette même position, ce qui peut expliquer nos résultats de menace envers la moralité.

De façon intéressante, en articulant stéréotypes, menace perçue et émotions, notre travail s'inscrit dans une littérature croissante qui conceptualise la menace comme un médiateur central de la relation entre stéréotypes et émotions (e.g., Aubé et al., 2022 ; Aubé & Ric, 2019 ; Cottrell & Neuberg, 2005 ; Duque et al., 2024). Intégrer la perception de menace dans nos travaux nous a permis de comprendre des résultats surprenants, à savoir la coexistence d'émotions positives et négatives envers les malades. En effet, tel qu'évoqué précédemment, la maladie est plutôt associée à la peur ou au dégoût (Davey, 2011) ou à de la pitié dans le cas des personnes en situation de handicap (Aubé et al., 2022 ; Canton et al., 2023 ; Cuddy et al., 2007). En revanche, la menace envers la mortalité est associée à des émotions positives envers les personnes vulnérables. Les malades activent le besoin de soutien, ce qui peut culpabiliser ceux qui ne soutiendraient pas, tout en valorisant ceux qui offrent ce soutien, permettant ainsi l'émergence d'émotions positives. Toutefois, les interactions peuvent rester difficiles à supporter, ce qui explique pourquoi la menace interactionnelle est, quant à elle, associée à des émotions négatives.

De façon innovante, nos résultats montrent un seul modèle de médiation significatif : la perception d'efforts fournis par les personnes malades du cancer réduit la menace interactionnelle, qui, à son tour, diminue les émotions négatives. Autrement dit, lorsqu'un individu perçoit la personne malade comme faisant un certain nombre d'efforts, l'individu anticipe moins de menace à interagir avec elle, réduisant les émotions négatives. Ce résultat fait écho aux travaux sur la présentation de soi imposée aux membres des groupes stigmatisés (Ellemers, 2017). Plus précisément, être accepté socialement ne dépend pas uniquement de l'appartenance au groupe, mais aussi de la capacité à se conformer à certaines attentes interactionnelles implicites, afin de limiter les réactions émotionnelles négatives et de favoriser des émotions plus positives. Cette perspective éclaire ainsi notre constat

selon lequel le fait de faire des efforts est une norme implicite liée aux malades du cancer. Si un employeur perçoit son employé malade d'un cancer comme faisant des efforts importants, celui-ci sera moins enclin à se sentir menacé d'interagir avec lui et ressentira moins d'émotions négatives à son égard.

En conclusion, en proposant une analyse des mécanismes à un niveau intra-individuel, notre travail permet de mieux comprendre pourquoi le cancer fait peur. Le cancer fait peur, car le contact avec une personne malade confronte l'individu à deux types de menaces (celle de sa propre vulnérabilité et celle de ne pas se montrer suffisamment solidaire). Ces deux menaces activent des émotions divergentes qui contribuent à des comportements ambivalents, oscillant entre soutien bienveillant et rejet.

L'un des apports de notre travail était de mobiliser le modèle de Cottrell et Neuberg (2005), qui propose une articulation fine entre types de menaces perçues et émotions spécifiques. Toutefois, nos résultats ne reproduisent que partiellement les prédictions de ce modèle. En particulier, nous ne retrouvons pas clairement les types de menaces attendues dans ce modèle (e.g., la menace de contagion, la menace par incapacité de réciprocité, etc). Ce constat rejoint les difficultés relevées par certains autres travaux à répliquer les profils émotionnels proposés par ce modèle (Aubé et al., 2022 ; Aubé & Ric, 2019). Au travers d'une série de deux études, Aubé & Ric (2019), dont l'objectif était de répliquer l'étude princeps de ce modèle en utilisant les mêmes mesures, ont retrouvé seulement trois médiations sur les cinq attendues (« contamination-dégoût-rejet », « sécurité physique-peur-fuite » et « moralité-culpabilité-restauration »). Le premier profil non retrouvé est celui de l'« incapacité-pitié-prosocial » dont l'absence pourrait résulter d'une part, d'une difficulté de traduction et de formulation des items de menaces en France ; et d'autre part d'un contexte culturel différent où cette menace est peut-être plus saillante aux Etats-Unis qu'en France. Le second profil non retrouvé est celui de l'« obstacle-colère-agression ». Cette absence de résultat reste surprenante, car ce profil regroupe le plus grand nombre de sous-types de menaces. Face à ces difficultés de réplication, un

recours à des modèles de menace plus parcimonieux pourrait permettre une lecture plus opérationnelle de nos résultats. À cet égard, le modèle des menaces intergroupes (Stephan et al., 2009 ; Stephan & Stephan, 2017) constitue une alternative pertinente, avec la distinction de seulement deux formes de menace : la menace réaliste et la menace symbolique. Cette distinction plus synthétique pourrait présenter l'avantage de pouvoir englober les deux types de menace identifiés dans nos travaux. La menace interactionnelle pourrait ainsi être rapprochée d'une menace réaliste affectant la qualité des interactions sociales, tandis que la menace envers la moralité pourrait renvoyer davantage à une menace symbolique, dans la mesure où elle questionne la conformité aux normes de soutien envers les personnes malades. En somme, de futures recherches gagneraient à explorer la question de la perception de menace sous cet angle.

#### ***7. 4. 4. Un cancer ou des cancers ? Différents sous-groupes de personnes malades du cancer.***

Nos travaux invitent à dépasser une approche homogénéisante qui tend à considérer les personnes malades du cancer comme un groupe unique et indifférencié. En mobilisant une approche plus fine de la catégorisation sociale, nos résultats montrent qu'elle recouvre en réalité des sous-groupes perçus de manière différenciée. En particulier, la variable de responsabilité perçue dans l'apparition de la maladie (i.e., cancers considérés « évitables » vs. « non évitables ») constitue un axe structurant de cette différenciation. Cette dynamique s'inscrit dans un ensemble de travaux qui plaident pour un niveau d'analyse en sous-groupes des stéréotypes par rapport à une analyse en supra-catégorie (Burkley et al., 2017 ; Fiske, 2015, 2018). Dans cette perspective des études ont été conduites auprès des personnes âgées (Boudjemadi et al., 2023) ou des personnes en situation de handicap (Canton et al., 2023 ; Granjon et al., 2023 ; Sadler et al., 2015) mettant en évidence des sous-types de catégories différenciés selon des critères tels que les rôles sociaux par exemple (chez les personnes âgées, les grands-parents ou les personnes âgées dépendantes, Boudjemadi et al., 2023).

En lien avec cette perception différenciée, l'attribution de chaleur et de compétence peut significativement varier. Par exemple, Aubé et al. (2022) et Sadler et al. (2015) ont mis en évidence

que si les personnes avec un handicap psychique sont globalement jugées plus chaleureuses que compétentes, certaines sous-catégories comme les personnes schizophrènes ou dépressives sont jugées moins chaleureuses que compétentes, alors que d'autres ne sont jugées ni chaleureuses, ni compétentes : les personnes alcooliques par exemple.

Ces résultats viennent renforcer l'interprétation de nos propres données. Ils montrent que la catégorie sociale des « personnes malades du cancer » masque une hétérogénéité structurée par la responsabilité perçue dans l'apparition de la maladie. Dans nos travaux, comme dans la plupart des travaux précédents (voir par exemple, Bye et al., 2022 pour la question des sous-groupes de genre), cette variabilité du stéréotype s'applique surtout à la question de la chaleur et permet de dévaloriser davantage des groupes déjà dévalorisés sur la dimension de compétence. Ainsi, les personnes malades d'un cancer évitable sont jugées significativement moins chaleureuses, comparativement à celles atteintes d'un cancer dont on n'imagine aucune responsabilité dans la maladie. En revanche, aucune différence significative n'a été observée sur la compétence perçue, les deux sous-groupes étant évalués de manière équivalente sur cette dimension. Nos résultats suggèrent que les stéréotypes différenciés envers les personnes malades du cancer s'enracinent dans une lecture morale implicite des causes de la pathologie, où certains malades apparaissent comme plus responsables que d'autres dans l'apparition de la maladie (Weiner et al., 1988). Cette interprétation de nos résultats est en adéquation avec les travaux sur la stigmatisation des personnes au chômage, mise en lien avec la responsabilité qu'on leur attribue dans le fait de ne pas trouver de travail (Rauscher et al., 2023).

Cette lecture s'inscrit dans un mouvement plus large de moralisation des conduites de santé (Brewis & Wutich, 2019). Les discours de prévention, s'ils ont pour but légitime de réduire les comportements à risque, participent aussi à renforcer une norme implicite selon laquelle la santé est le fruit d'un comportement responsable et individuel. Dans cette perspective, la maladie peut être interprétée comme le signe d'un manquement personnel (e.g., la personne a eu des comportements à risques tels que le tabac). Brewis & Wutich (2019) identifient d'ailleurs plusieurs stéréotypes

récurrents à l'échelle des politiques globales de santé (i.e., paresse/lazy, irrationalité/crazy ou saleté/disgusting) qui tendent à responsabiliser moralement les malades. Nos données suggèrent que ce processus est également à l'œuvre dans le domaine du cancer, à travers une lecture morale implicite des causes de la maladie, où certains malades apparaissent comme « plus coupables » que d'autres. Cette dynamique pose des enjeux éthiques importants, car certaines personnes malades du cancer jugées responsables de leurs situations risquent d'être davantage stigmatisées, obtenir moins de soutien social de la part de la famille ou du personnel soignant, ou encore être moins bien pris en charge médicalement (Bresnahan et al., 2013 ; Chapple et al., 2004 ; Godward et al., 2022 ; Marlow et al., 2015 ; Shepherd & Gerend, 2014).

Une limite de nos travaux réside dans le fait qu'ils s'appuient sur des catégorisations sociales préétablies, telles que celle de « personnes malades du cancer » ou encore la distinction entre cancers dits « évitables » et « non évitables ». Or, des travaux récents évoquent la nécessité d'intégrer davantage les contextes sociaux, susceptibles d'influencer l'activation, l'interprétation et la pertinence des catégories sociales. C'est le cas notamment de Cikara et al. (2022) qui remettent en question l'idée que les effets de la catégorisation sociale soient universels, automatiques et homogènes. À travers une revue critique, ces auteurs montrent que les jugements à propos d'autrui dépendent fortement du contexte dans lequel la cible est perçue (e.g., le rôle que celle-ci joue dans la situation, les normes saillantes, les relations de dépendance ou de coopération entre les groupes en présence). Cette perspective souligne que l'activation de stéréotypes n'est pas une réaction automatique à la seule appartenance catégorielle, mais un processus contextualisé, influencé par les objectifs motivationnels du percevant par exemple (voir également Yzerbyt et al., in press). Appliquée à nos travaux, cette critique invite à considérer que la perception des personnes malades du cancer, même subdivisée en sous-groupes, ne pourrait être comprise indépendamment du contexte dans lequel cette perception se forme. À l'avenir, il serait pertinent d'intégrer cette dimension contextuelle dans les paradigmes expérimentaux, par exemple en recourant à des vignettes ancrées dans des situations sociales précises, voire à des dispositifs immersifs (e.g., simulations de décision en

entreprise). Cette façon de procéder permettrait une réelle prise en compte des différents niveaux d'analyse en montrant dans le même protocole comment le niveau idéologique peut teinter les rapports inter-groupes et éveiller des réactions intra-individuelles dépendantes du contexte considéré.

## **7. 5. Apports pour les partenaires de terrain**

Sur le plan appliqué, l'une des ambitions principales de cette thèse est de mettre en avant la plus-value d'une approche fondée sur la base de modèles théoriques solides et de preuves empiriques (i.e., *evidence-based practices*) pour développer et soutenir la mise en place de programmes de sensibilisation ou d'accompagnement efficaces.

### **7. 5. 1. Programmes de sensibilisation au retour au travail après un cancer à destination des employeurs**

Globalement, nos résultats suggèrent qu'une action de sensibilisation, construite sur des modèles théoriques valides, peut favoriser une évolution positive des représentations de la maladie et de la perception des malades du cancer chez les employeurs, tant au niveau des croyances que des menaces perçues.

Si les recherches évaluant les interventions ayant pour objectif de réduire les préjugés se sont multipliées ces dernières années, la plupart se sont focalisées sur certains types de préjugés spécifiques et très peu sont conduites en contexte organisationnel. Dans leur méta-analyse, Paluck et al. (2021) ont pu mettre en évidence que sur 418 études incluses, 60 % des interventions recensées portent sur les préjugés raciaux, ethniques ou religieux, contre seulement 20 % sur ceux liés à des attributs physiques (e.g., âge, handicap, obésité), et aucune ne semble s'être intéressées aux préjugés liés à la maladie ou au cancer. De plus, parmi ces 418 études, seules 2.2% prenaient place en entreprises. La réduction des préjugés envers les personnes malades du cancer reste donc largement invisibilisée dans ce champ de recherche. Pourtant, les interventions à destination des employeurs semblent se développer. Le souci est qu'elles n'engagent que rarement les compétences des

chercheurs et ne sont pas publiées. Il est légitime de se demander si s'appuient sur des modèles théoriques validés et dans quelle mesure leur efficacité est évaluée (Donaldson et al., 2025 ; Ilanius Göransson et al., 2025 ; Paluck & Green, 2009 ; Schuhl et al., 2020). Notre travail répond donc à un enjeu majeur : celui de l'évaluation de l'efficacité et du bien-fondé des dispositifs mis en œuvre en entreprise (Cox & Devine, 2019).

Pour guider la conception de dispositifs plus rigoureux, certaines recherches récentes, dont la méta-analyse de Donaldson et al. (2025), proposent des pistes concrètes pour concevoir des interventions efficaces. Outre l'importance d'ancrer ces actions dans des modèles empiriques validés, de les adapter aux contextes organisationnels et d'en évaluer les effets au-delà de la seule satisfaction des participants, les auteurs ont identifié les types d'interventions les plus prometteurs pour réduire efficacement les préjugés. Dans leurs travaux, Donaldson et al. (2025) ont mis en avant quatre approches ayant un impact significatif sur la réduction des préjugés et des changements attitudeaux à l'égard des groupes. La *première approche* valorise l'intervention basée sur le **contact intergroupes**. Cette intervention permet un échange entre les groupes impliqués, qu'il soit direct (e.g., rencontre, coopération dans le cadre d'un module d'apprentissage) ou indirect (e.g., contact imaginé, au travers de témoignages vidéo ou écrits par exemple). La *deuxième approche* concerne l'intervention basée sur le **perspective-taking**. Le perspective-taking consiste à comprendre comment une situation apparaît à un autre individu et comment celui-ci réagit cognitivement et émotionnellement à celle-ci. Les interventions basées sur cette approche comprennent les actions de sensibilisation, la reconnaissance des biais de jugement (cognitifs et affectifs) et l'acquisition de connaissances sur un sujet ou une catégorie sociale. La *troisième approche* représente l'intervention utilisant les **modalités interactives et narratives**. Cette approche propose des formats interactifs (e.g., jeux de rôle) qui permettent d'impliquer activement les participants. Enfin, la *dernière approche* est l'**intervention multi-approche** qui propose de combiner plusieurs approches (e.g., expériences de contacts directs et perspective-taking) pour maximiser son efficacité. L'ensemble de ces approches présente des tailles

d'effet comprises entre  $d = .30$  et  $d = .50$ , mettant en évidence des effets significatifs, tant sur la réduction des préjugés que sur l'amélioration des attitudes envers les groupes stigmatisés.

L'action de sensibilisation mise en place au sein de la Ligue contre le cancer s'inscrit dans ces perspectives récentes. Elle propose une intervention **multi-approche** construite sur trois piliers. (i) Le premier repose sur *la perspective-taking* au travers d'une meilleure connaissance de la maladie et d'une prise de conscience de ses propres biais de jugement. Appliqué à notre action, cela correspond à une meilleure connaissance du parcours de soins, des effets secondaires et de leur impact sur le retour au travail. Cela consiste, également, à sensibiliser sur les croyances véhiculées sur les malades du cancer, les menaces et émotions qui peuvent ainsi être éveillées par le fait de côtoyer des personnes malades et leur rôle dans les comportements adoptés. (ii) Le second pilier correspond au *contact intergroupes* imaginé sur la base de récits (verbatim) et de vidéos, témoignages de personnes malades. (iii) Enfin, le dernier pilier est la *modalité interactive* au travers d'une mise en situation, en impliquant directement les participants dans un jeu de rôle (e.g., se mettre à la place d'un manager d'équipe qui doit gérer l'absence et accompagner le retour au travail d'une salariée touchée par un cancer du sein). L'ambition générale est de familiariser les employeurs à travers des connaissances et de promouvoir des interactions moins empreintes d'appréhensions face à l'inconnu. Nous espérons ainsi contribuer à une dynamique de mise en application des recherches en psychologie sociale, mettant en évidence que les interventions en entreprise peuvent être efficaces si elles sont construites en amont sur des fondements théoriques empiriques et validés (Cox & Devine, 2019).

Pourtant, nos résultats ne sont pas sans limites. Nous proposons ici de revenir sur l'impact de la familiarité sur la capacité à soutenir les personnes dans leur retour au travail. Pour mesurer la familiarité, nous avons interrogé les participants sur la « qualité des contacts avec les personnes malades ». Les résultats mettent en évidence que plus les participants disent avoir des contacts de qualité avec les malades, plus ils perçoivent positivement les malades (plus chaleureux, compétents, moins d'émotions négatives et de menaces ressenties). Cependant, dans notre action de

sensibilisation, c'est le contact imaginé qui est proposé, parce que plus aisé à introduire dans une formation. Cependant, de récentes études restent nuancées quant à l'efficacité du contact imaginé (Vrdoljak et al., 2024), qui pourrait être plus efficace pour les populations d'enfants plutôt qu'adultes (Miles & Crisp, 2014). En lien avec cette littérature et pour vérifier nos résultats empiriques, il pourrait être pertinent de faire évoluer le contact imaginé proposé vers un contact réel en proposant d'intégrer des patients ressources au sein du dispositif. Un patient ressource est un ancien patient ayant été formé à témoigner de son expérience de soins auprès de professionnels ou pour accompagner d'autres patients ayant la même pathologie (Schraub et al., 2021). Proposer un contact réel au travers de l'intervention d'un patient ressource pourrait apporter un témoignage différent et contre-stéréotypique (celui d'une personne non pas que courageuse, mais avec des capacités pour s'exprimer face à un auditoire par exemple) et permettre de rendre la *modalité interactive* plus immersive au travers du témoignage et du jeu de rôle, améliorant ainsi l'efficacité du dispositif.

### **7. 5. 2. Redéfinir les programmes d'accompagnements à destination des personnes malades du cancer**

Nos résultats ont pu mettre en évidence que la manière de révéler sa maladie en milieu professionnel s'avère être un facteur déterminant dans le processus de retour au travail. En particulier, révéler soi-même sa maladie auprès de ses collègues permet d'améliorer sa compétence perçue et son bien-être psychologique. Cette révélation, lorsqu'elle est maîtrisée, semble permettre à la personne de reprendre une forme de contrôle sur son parcours, d'en structurer le récit, de révéler ce que l'on veut dire et à qui on veut le partager, avec des effets psychologiques bénéfiques dans nos travaux comme dans d'autres travaux récents (e.g., Honda et al., 2024 ; Hudson et al., 2021 ; Luo & Hancock, 2020).

Cette question de la révélation du cancer s'inscrit dans une problématique plus large, partagée par l'ensemble des handicaps dits invisibles, qui représentent environ 80 % des situations de handicap (Agefiph & Ifop, 2022). Cette réalité demeure méconnue : moins de 10% de la population

(i.e., population générale, salariés ou recruteurs) en a connaissance. Contrairement à une conception dichotomique (parler vs. ne pas parler de sa maladie), les recherches récentes soulignent que la divulgation d'un handicap invisible est un processus stratégique, progressif et multidimensionnel (Corbière et al., 2014). Elle implique de multiples questionnements : à qui en parler, à quel moment, dans quels termes et avec quel niveau de détails. Ce processus repose souvent sur un arbitrage entre le besoin d'obtenir des aménagements de poste et la volonté de préserver une partie de sa vie privée ou de lutter contre la stigmatisation qui pourrait résulter de la découverte d'une difficulté (Honda et al., 2024 ; Tontini & Moríña, 2025).

A ce jour, il n'existe pas de consensus au sein de la littérature pour définir **le bon moment** pour révéler son handicap (Lindsay et al., 2018). Ce moment optimal semble dépendre de plusieurs facteurs, notamment le type de handicap, son degré de visibilité, la perception de la stigmatisation ou encore la nécessité d'une reconnaissance ou d'un aménagement de poste (Jans et al., 2012). Certaines personnes préfèrent ne parler de leur handicap qu'à un cercle restreint de collègues (e.g., les collègues proches, le manager, les ressources humaines, etc.) ou attendre de s'être intégrées professionnellement au sein de l'équipe avant d'en parler (Corbière et al., 2014). D'autres choisissent d'aborder spontanément le sujet de leur handicap dès le recrutement et l'entretien d'embauche (Jans et al., 2012). Concernant les employeurs, Østerud (2022) a montré que leurs attentes varient selon la visibilité du handicap. Ceux-ci s'attendent à une révélation plus précoce lorsqu'il s'agit d'un handicap visible (considéré comme quelque chose de public) qu'un handicap invisible (considéré comme plus privé). Paradoxalement, si les employeurs valorisent le principe de la transparence et de la révélation, cette attente s'accompagne d'une pression implicite sur le candidat : la révélation doit être « bien dosée », suffisamment informative, mais pas envahissante, discrète, mais rassurante, et surtout valorisante. Ce cadrage implicite peut renforcer les difficultés des personnes concernées à trouver un équilibre dans ce dévoilement et constituer un frein supplémentaire à leur bien-être au travail.

Dans leur méta-analyse, Lindsay et al. (2018) se sont intéressés à mieux comprendre les freins et les leviers à la révélation du handicap par les jeunes adultes au sein des entreprises. Vingt-sept études ont été incluses, représentant 18 419 participants. Les auteurs mettent en évidence trois types de déterminants influençant la décision de révéler ou non son handicap : (i) individuels, (ii) organisationnels et (iii) sociétaux. Les déterminants **individuels** peuvent regrouper des freins tels que, par exemple, le type de handicap et sa sévérité, la stigmatisation ou encore le caractère (in)visible ; ainsi que des facilitateurs tels que le fait de connaître les dispositifs mobilisables et le sentiment d’avoir la capacité de demander des aménagements. Les déterminants **organisationnels** représentent quant à eux le type d’entreprise ou le manque de connaissances sur le handicap pour les freins, ou encore une relation positive avec son manager et une communication efficace avec son employeur pour les facilitateurs. Enfin, concernant les déterminants **sociétaux**, ils regroupent des freins comme la peur du jugement d’autrui et de comportements discriminatoires, ainsi que des leviers comme le fait d’être accompagné par des professionnels.

Le cancer occupe une place particulière pour comprendre les décisions ou les hésitations à révéler la maladie. Il s’agit d’un handicap souvent invisible (avec, par exemple, des troubles cognitifs, anxieux, de la fatigue, des difficultés psychologiques), parfois partiellement visible (e.g., perte de cheveux, séquelles physiques), et surtout fluctuant dans le temps. Cette instabilité rend les décisions de révélation particulièrement complexes. Pourtant, une majorité de personnes malades du cancer choisissent d’en parler dans leur environnement professionnel (Ligue Nationale contre le cancer, 2013). Nos résultats plaident pour le développement de programmes d’accompagnement spécifiques centrés sur la révélation de la maladie, en complément des actions existantes liées à l’aménagement des postes ou au suivi médical.

Ces programmes pourraient s’appuyer, d’une part, sur les leviers facilitateurs identifiés par la littérature (Lindsay et al., 2018) et d’autre part, s’inspirer des modules d’accompagnements dispensés auprès des personnes en recherche d’emploi (Bourguignon & Herman, 2005). Ces programmes

pourraient s’articuler autour de trois piliers. Le premier pilier pourrait être une **information claire et accessible sur les dispositifs mobilisables** pour la reprise du travail (e.g., temps partiel thérapeutique, aménagements de postes, Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé, etc.). Le second pilier pourrait être constitué du **soutien à la stratégie de révélation**, en apportant des outils pour structurer un récit adapté (e.g., contenu, temporalité, interlocuteurs, etc.) et en mettant en évidence les bénéfices d’une révélation maîtrisée sur le sentiment de compétence et le bien-être. Enfin, un dernier pilier pourrait se construire sur la question de la **valorisation des ressources** développées pendant la maladie, comme la résilience, la capacité d’adaptation ou la gestion du stress, afin de repositionner ces expériences dans une logique de compétences transférables.

Ces programmes, qui restent à construire solidement et à évaluer, pourraient être pertinents tant pour les personnes dans le cadre de leur retour au travail que pour celles en recherche d’emploi, qui se trouvent confrontées à la question du « creux dans le CV ». Être soutenu dans l’élaboration d’un récit cohérent, équilibré et stratégique de son parcours permettrait d’augmenter le sentiment de compétence, la confiance en soi et les chances d’un retour durable à l’emploi. L’évaluation empirique de ces dispositifs serait une étape indispensable pour en mesurer l’efficacité et les ajuster au mieux. Si nos résultats permettent d’imaginer la structure de telles interventions, ils présentent certaines limites qui conduisent à rester prudents : ils reposent sur des souvenirs rétrospectifs de la reprise d’activité, sans mesure précise du délai écoulé, et sans prise en compte du moment exact de la révélation. Ils ne permettent donc d’évaluer que des effets à court terme. De futures recherches pourraient approfondir ces dynamiques, en analysant plus finement les temporalités et les formes de révélation, leurs effets à long terme, ainsi que leur impact différencié selon les parcours (recherche d’emploi, maintien dans l’emploi, reconversion, etc.).

## 7. 6. Conclusion

Chaque jour, plus de 400 personnes en France sont en emploi au moment où elles sont diagnostiquées d’un cancer (INCa, 2023), soulignant l’enjeu majeur que représente pour les

employeurs l'accompagnement de ces personnes dans leur retour au travail. Dans cette thèse, nous avons proposé une approche originale, en mobilisant des modèles psychosociaux complémentaires et une lecture multi-niveau afin de mieux comprendre l'origine des difficultés rencontrées par ces mêmes employeurs. Cette pluralité conceptuelle et méthodologique, bien qu'exigeante, a permis de mettre en lumière la complexité des mécanismes en jeu, notamment en intégrant le rôle de la perception de menace dans des modèles de jugement social.

Au-delà des contributions scientifiques, nous espérons également, au travers de ce travail, pouvoir apporter des perspectives concrètes pour les partenaires de terrain. En identifiant les mécanismes psychosociaux pouvant freiner le retour au travail, nous proposons de réviser les dispositifs d'accompagnement des personnes malades, en privilégiant des interventions visant à restaurer leur sentiment de compétence et de contrôle sur leur vie. De la même manière, nous suggérons de repenser les programmes de sensibilisation auprès des employeurs, en les outillant pour dépasser les préjugés et mieux accompagner les personnes concernées. Dans un contexte où les interventions se multiplient au sein des entreprises, il apparaît indispensable de s'appuyer sur des interventions validées empiriquement, capables de produire des effets durables.

Enfin, cette conclusion ne se limite pas à clore un travail de recherche : elle marque également la fin d'un chapitre de vie, après cinq années consacrées à articuler étroitement recherche et terrain. Comprendre ces mécanismes, c'est reconnaître que l'inclusion ne se décrète pas : elle se construit, dans les politiques publiques, dans les collectifs de travail et dans la manière dont nous percevons la maladie et les personnes malades. Il me semble aujourd'hui essentiel de s'appuyer sur des approches empiriques rigoureuses, garantes d'une réelle efficacité et d'un impact durable en faveur d'un environnement de travail inclusif afin que les difficultés d'hier deviennent des leviers de diversité pour demain.

**Bibliographie**

Abele, A. E., & Bruckmüller, S. (2011). The bigger one of the “Big Two”? Preferential processing of communal information. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47(5), 935-948.

Abele, A. E., Ellemers, N., Fiske, S. T., Koch, A., & Yzerbyt, V. (2021). Navigating the social world: Toward an integrated framework for evaluating self, individuals, and groups. *Psychological Review*, 128(2), 290-314. <https://doi.org/10.1037/rev0000262>

Abele, A. E., & Hauke, N. (2020). Comparing the facets of the big two in global evaluation of self versus other people. *European Journal of Social Psychology*, 50(5), 969-982. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2639>

Abele, A. E., & Wojciszke, B. (2007). Agency and communion from the perspective of self versus others. *Journal of personality and social psychology*, 93(5), 751.

Abele, A. E., & Wojciszke, B. (2014). Communal and agentic content in social cognition: A dual perspective model. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 50, pp. 195-255). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800284-1.00004-7>

Abele, A., & Wojciszke, B. (Éds.). (2018). *Agency and Communion in Social Psychology*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203703663>

Abrie, J.-C. (1994a). Les représentations sociales : Aspects théoriques. *Pratiques sociales et représentations*, 2, 11-37.

Abrie, J.-C. (1994b). L'organisation interne des représentations sociales : Système central et système périphérique. *Structures et transformations des représentations sociales*, 73-84.

Abrie, J.-C. (2003a). De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale. In *Exclusion sociale, insertion et prévention* (pp. 11-19). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.abrie.2003.02.0011>

Abrieu, J.-C. (2003b). L'analyse structurale des représentations sociales. In S. Moscovici & F. Buschini, *Les Méthodes des Sciences Humaines* (pp. 375-392). Presses Universitaires de France.

Agefiph & Ifop. (2022). *La perception de l'emploi des personnes en situation de handicap* (Observatoire de l'emploi et du handicap).

Agustina, E., Dodd, R. H., Waller, J., & Vrinten, C. (2018). Understanding middle-aged and older adults' first associations with the word "cancer": A mixed methods study in England. *Psycho-Oncology*, 27(1), 309-315. <https://doi.org/10.1002/pon.4569>

Ahn, E., Cho, J., Shin, D. W., Park, B. W., Ahn, S. H., Noh, D.-Y., Nam, S. J., Lee, E. S., & Yun, Y. H. (2009). Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Research and Treatment*, 116(3), 609-616. <https://doi.org/10.1007/s10549-008-0209-9>

Aiello Bowles, E. J., Tuzzio, L., Wiese, C. J., Kirlin, B., Greene, S. M., Clauser, S. B., & Wagner, E. H. (2008). Understanding high-quality cancer care. *Cancer*, 112(4), 934-942. <https://doi.org/10.1002/cncr.23250>

Aires, M. J., Gagnayre, R., Gross, O., Khau, C.-A., Haghighi, S., Mercier, A., Ruelle, Y., & Marchand, C. (2019). The Patient Teacher in General Practice Training: Perspectives of Residents. *Journal of Patient Experience*, 6(4), 287-295. <https://doi.org/10.1177/2374373518803630>

Algoe, S. B., & Haidt, J. (2009). Witnessing excellence in action: The 'other-praising' emotions of elevation, gratitude, and admiration. *The Journal of Positive Psychology*, 4(2), 105-127. <https://doi.org/10.1080/17439760802650519>

Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Addison Wesley.

Amir, Z., Wynn, P., Chan, F., Strauser, D., Whitaker, S., & Luker, K. (2010). Return to work after cancer in the UK: Attitudes and experiences of line managers. *Journal of occupational rehabilitation*, 20(4), 435-442.

Amsellem, N., Ancelle-Park, R., Bloch, J., Duport, N., Gautier, A., Goulard, H., Guilbert, P., Peretti-Watel, P., & Régnard, C. (2005). *Baromètre cancer 2005*. Institut national de la prévention et d'éducation pour la santé.

André, F., Alexandre, J., & Spano, J.-P. (2000). L'oncologie médicale : Le point de vue des internes de spécialités. *Bulletin du Cancer*, 87(9), 4-0.

Anna, G., Camilla, P., Ines, G., Veronica, B., Elisabetta, S., & Giuseppina, M. (2013). ICF, quality of life, and depression in breast cancer: Perceived disability in disease-free women 6 months after mastectomy. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2453-2460. [https://doi.org/10.1007/s00520-013-1794-](https://doi.org/10.1007/s00520-013-1794-7)

7

Aragón-Sánchez, A., Barba-Aragón, I., & Sanz-Valle, R. (2003). Effects of training on business results<sup>1</sup>. *The International Journal of Human Resource Management*, 14(6), 956-980. <https://doi.org/10.1080/0958519032000106164>

Armenta, B. M., Stroebe, K., Scheibe, S., Van Yperen, N. W., Stegeman, A., & Postmes, T. (2017). Permeability of group boundaries: Development of the concept and a scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(3), 418-433. <https://doi.org/10.1177/0146167216688202>

Aubé, B., & Ric, F. (2019). The Sociofunctional Model of Prejudice: Questioning the Role of Emotions in the Threat-Behavior Link. *International Review of Social Psychology*, 32(1), 1. <https://doi.org/10.5334/irsp.169>

Aubé, B., Rohmer, O., & Yzerbyt, V. (2022). How threatening are people with mental disability? It depends on the type of threat and the disability. *Current Psychology*, 42(31), 27019-27034. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03655-1>

Badihian, S., Choi, E., Kim, I., Parnia, A., Manouchehri, N., Badihian, N., Tanha, J. M., Guallar, E., & Cho, J. (2017). Attitudes Toward Cancer and Cancer Patients in an Urban Iranian Population. *The Oncologist*, 22(8), 944-950. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0073>

Bai, X., Nicolas, G., & Fiske, S. T. (2024). *Social Stereotypes: Content and Process*. <https://academic.oup.com/edited-volume/58080/chapter/478599879>

Barbedor, J., Scheider, J., Yzerbyt, V., & Abele-Brehm, A. (2024). A novel approach to the evaluation of groups: Type of group and facet of evaluation matter. *Collabra: Psychology*, 10(1). <https://online.ucpress.edu/collabra/article/10/1/124471/203558>

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>

Beck, F., & Gautier, A. (2012). *Baromètre cancer 2010* (Baromètres santé). Inpes.

Becker, D., Grapendorf, J., Greving, H., & Sassenberg, K. (2018). Perceived threat and internet use predict intentions to get bowel cancer screening (colonoscopy): Longitudinal questionnaire study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), e46.

Becker, J. C., & Asbrock, F. (2012). What triggers helping versus harming of ambivalent groups? Effects of the relative salience of warmth versus competence. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48(1), 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2011.06.015>

Berjot, S., & Delelis, G. (2020). Chapitre 3. Processus et phénomènes intragroupes, ou comment fonctionnent les groupes ? In *Les grandes notions de la psychologie* (Vol. 2, pp. 161-229). Dunod.

Berkley, R. A., Beard, R., & Daus, C. S. (2019). The emotional context of disclosing a concealable stigmatized identity: A conceptual model. *Human Resource Management Review*, 29(3), 428-445.

Berrenberg, J. L., Finlay, K. A., Stephan, W. G., & Stephan, C. (2002). Prejudice toward people with cancer or AIDS: Applying the Integrated Threat Model. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 7(2), 75-86. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9861.2002.tb00078.x>

Bilodeau, K., Gouin, M.-M., Fadhlaoui, A., & Porro, B. (2023). Supporting the return to work of breast cancer survivors: Perspectives from Canadian employer representatives. *Journal of Cancer Survivorship*. <https://doi.org/10.1007/s11764-023-01382-5>

Bodenhausen, G. V., & Wyer, R. S. (1985). Effects of stereotypes in decision making and information-processing strategies. *Journal of personality and social psychology*, 48(2), 267-282.

Bordieri, J. E., Drehmer, D. E., & Taricone, P. F. (1990). Personnel Selection Bias for Job Applicants with Cancer. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(3), 244-253. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1990.tb00409.x>

Bottemanne, H., Morlaàs, O., Schmidt, L., & Fossati, P. (2020). Coronavirus : Cerveau prédictif et gestion de la terreur. *L'Encéphale*, 46(3, Supplement), S107-S113. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.012>

Boudjemadi, V., Posner, A. B., & Świątkowski, W. (2015). Une approche explicative de l'âgisme : La théorie de la gestion de la terreur. *M. Lagacé, Représentations et discours sur le vieillissement*, 7-36.

Boudjemadi, V., Świątkowski, W., Vieira, L., Carrier, A., & Rohmer, O. (2023). "Old" Does Not Always Mean "Incompetent": The Implication of Respect in the Perception of Older People Subtypes. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 42(3), 475-484. <https://doi.org/10.1017/S0714980823000107>

Bourguignon, D., & Herman, G. (2005). La stigmatisation des personnes sans emploi : Conséquences psychologiques et stratégies de défense de soi. *Recherches sociologiques*, 36(1), 53-78.

Brambilla, M., & Leach, C. W. (2014). On the importance of being moral: The distinctive role of morality in social judgment. *Social Cognition*, 32(4), 397-408. <https://doi.org/10.1521/soco.2014.32.4.397>

Brambilla, M., Rusconi, P., Sacchi, S., & Cherubini, P. (2011). Looking for honesty: The primary role of morality (vs. sociability and competence) in information gathering. *European Journal of Social Psychology*, 41(2), 135-143. <https://doi.org/10.1002/ejsp.744>

Brambilla, M., Sacchi, S., Rusconi, P., & Goodwin, G. P. (2021). The primacy of morality in impression development: Theory, research, and future directions. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 64, pp. 187-262). Elsevier. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0065260121000113>

Braspenning, I., Tamminga, S., Frings-Dresen, M. H. W., Leensen, M., de Boer, A., Tikka, C., Verbeek, J. H., Munir, F., Hemming, S., Amir, Z., Smith, L., Sharp, L., & Haste, A. (2018). *Rehabilitation and return to work after cancer—Instruments and practices* [Report]. European Agency for Safety and Health at Work. Publication Office of the European Union. <https://doi.org/10.2802/170868>]

Bresnahan, M. J., Silk, K., & Zhuang, J. (2013). You did this to yourself! Stigma and blame in lung cancer: Stigma in lung cancer. *Journal of Applied Social Psychology*, 43, E132-E140. <https://doi.org/10.1111/jasp.12030>

Brewis, A., & Wutich, A. (2019). *Lazy, crazy, and disgusting: Stigma and the undoing of global health*. Johns Hopkins University Press.

Briatte, F., & Knobé, S. (2010). Institutionnalisation et médiatisation d'une prise de parole collective chez les malades atteints de cancer : Les « Etats généraux » de la Ligue nationale contre le cancer. In *La santé dans l'espace public*. <https://shs.hal.science/halshs-01511368>

Brodeur, J.-P. (2006). Intervention : Le risque et la menace. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 48(3), 491-498. <https://doi.org/10.3138/cjccj.48.3.491>

Burke, B. L., Martens, A., & Faucher, E. H. (2010). Two Decades of Terror Management Theory: A Meta-Analysis of Mortality Salience Research. *Personality and Social Psychology Review*, 14(2), 155-195. <https://doi.org/10.1177/1088868309352321>

Burkley, E., Durante, F., Fiske, S. T., Burkley, M., & Andrade, A. (2017). Structure and content of Native American stereotypic subgroups: Not just (ig)noble. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 23(2), 209-219. <https://doi.org/10.1037/cdp0000100>

Bustillos, A., & Silván-Ferrero, M. del P. (2013). Attitudes Toward Peers With Physical Disabilities at High School: Applying the Integrated Threat Theory. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 56(2), 108-119. <https://doi.org/10.1177/0034355212451145>

Butler, J. A., & Modaff, D. P. (2016). Motivations to Disclose Chronic Illness in the Workplace. *Qualitative Research Reports in Communication*, 17(1), 77-84. <https://doi.org/10.1080/17459435.2016.1143387>

Bye, H. H., & Herrebrøden, H. (2018). Emotions as mediators of the stereotype–discrimination relationship: A BIAS map replication. *Group Processes & Intergroup Relations*, 21(7), 1078-1091. <https://doi.org/10.1177/1368430217694370>

Bye, H. H., Solianik, V. V., Five, M., & Agai, M. S. (2022). Stereotypes of women and men across gender subgroups. *Frontiers in Psychology, 13*, 881418.

Cambon, L. (2022). Tell me who you are and I'll tell you what you are worth: The role of societal value in the structuration of six facets of the Big Two. *International Review of Social Psychology, 35*(1). <https://doi.org/10.5334/irsp.689>

Cambon, L., & Yzerbyt, V. Y. (2018). Two routes toward compensation: An investigation into the mechanisms of compensation for high- and low-status groups. *Journal of Experimental Social Psychology, 77*, 24-35. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2018.04.002>

Cambon, L., Yzerbyt, V., & Yakimova, S. (2015). Compensation in intergroup relations: An investigation of its structural and strategic foundations. *British Journal of Social Psychology, 54*(1), 140-158. <https://doi.org/10.1111/bjso.12067>

Canton, E., Hedley, D., & Spoor, J. R. (2023). The stereotype content model and disabilities. *The Journal of Social Psychology, 163*(4), 480-500. <https://doi.org/10.1080/00224545.2021.2017253>

Caron, M., Durand, M.-J., & Tremblay, D. (2018). Perceptions of Breast Cancer Survivors on the Supporting Practices of Their Supervisors in the Return-to-Work Process: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of Occupational Rehabilitation, 28*(1), 89-96. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9698-x>

Carrier, A., Louvet, E., & Rohmer, O. (2014). Compétence et agentisme dans le jugement social. *Revue internationale de psychologie sociale, Tome 27*(1), 95-125.

Chapple, A., Ziebland, S., & McPherson, A. (2004). Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: Qualitative study. *BMJ, 328*(7454), 1470. <https://doi.org/10.1136/bmj.38111.639734.7C>

Chaurand, N. (2013). Stéréotypisation. Catégorisation sociale. *Dictionnaire historique et critique du racisme*, 10p.

Chauvin, B., Demont, E., & Rohmer, O. (2018). Development and validation of the School Social Judgment Scale for children: Their judgment of the self to foster achievement at school. *Social Psychology of Education*, 21, 585-602. <https://doi.org/10.1007/s11218-018-9430-5>

Chen, Y., Wang, C., Wu, W., Lai, C., Ho, C., Hsu, Y., & Chen, W. (2020). Trajectories of returning to work and its impact on survival in survivors with oral cancer: A 5-year follow-up study. *Cancer*, 126(6), 1225-1234. <https://doi.org/10.1002/cncr.32643>

Chiu, S.-E., Cho, K.-A., Huang, B.-S., Lin, C.-Y., Chung, C.-F., Chang, Y.-L., & Chen, S.-C. (2023). Factors Facilitating or Creating Barriers to Returning to Work in Head and Neck Cancer Patients Within the First 6 Months After Treatment. *Clinical Nursing Research*, 32(1), 197-208. <https://doi.org/10.1177/10547738221106292>

Cho, J., Smith, K., Choi, E.-K., Kim, I.-R., Chang, Y.-J., Park, H.-Y., Guallar, E., & Shim, Y. M. (2013). Public attitudes toward cancer and cancer patients: A national survey in Korea: Public attitudes toward cancer patients. *Psycho-Oncology*, 22(3), 605-613. <https://doi.org/10.1002/pon.3041>

Cikara, M., Martinez, J. E., & Lewis Jr, N. A. (2022). Moving beyond social categories by incorporating context in social psychological theory. *Nature Reviews Psychology*, 1(9), 537-549.

Clément-Guillotin, C., Falzon, C., & d'Arripe-Longueville, F. (2014). Can exercise change the stereotypes associated with individuals with cancer?: Exercise and cancer stereotype. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 25(4), 552-557. <https://doi.org/10.1111/sms.12272>

Clément-Guillotin, C., & Pantaleon, N. (2018). Stéréotypes associés aux personnes en situation de handicap : La pratique de l'activité sportive pour s'en distancier ? *Science & Sports*, 33, S24. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2018.03.032>

Cohen, J., Darnon, C., & Mollaret, P. (2017). Distinguishing the desire to learn from the desire to perform: The social value of achievement goals. *The Journal of Social Psychology, 157*(1), 30-46. <https://doi.org/10.1080/00224545.2016.1152216>

Compagnon, C., Cuillere, J.-C., Maignien, M., & Tisseyre, P. (1999). *Les malades prennent la parole : Le livre blanc des 1ers Etats Généraux des malades du cancer*. Ramsay.

Cook, C. L., Li, Y. J., Newell, S. M., Cottrell, C. A., & Neel, R. (2018). The world is a scary place: Individual differences in belief in a dangerous world predict specific intergroup prejudices. *Group Processes & Intergroup Relations, 21*(4), 584-596. <https://doi.org/10.1177/1368430216670024>

Corbière, M., Villotti, P., Toth, K., & Waghorn, G. (2014). La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodements de travail : Deux facteurs du maintien en emploi des personnes aux prises avec un trouble mental grave. [Disclosure of a mental disorder in the workplace and work accommodations: Two factors associated with job tenure of people with severe mental disorders.]. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 40*(Suppl 2), S91-S102. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.006>

Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and preventive Psychology, 11*(3), 179-190.

Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57*(8), 464-469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry, 1*(1), 16.

Cottrell, C. A., & Neuberg, S. L. (2005). Different Emotional Reactions to Different Groups: A Sociofunctional Threat-Based Approach to « Prejudice ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(5), 770-789. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.5.770>

Cox, W. T., & Devine, P. G. (2019). The prejudice habit-breaking intervention: An empowerment-based confrontation approach. In *Confronting prejudice and discrimination* (pp. 249-274). Elsevier. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128147153000151>

Crisp, R. J., & Turner, R. N. (2009). Can imagined interactions produce positive perceptions?: Reducing prejudice through simulated social contact. *American Psychologist*, 64(4), 231-240. <https://doi.org/10.1037/a0014718>

Croizet, J.-C., & Fiske, S. T. (1998). Chapitre 1. Pragmatisme et cognition sociale. In *Perspectives cognitives et conduites sociales (VI)* (pp. 13-30). Delachaux et Niestlé. <https://doi.org/10.3917/deni.beauv.1998.01.0013>

Croucher, S. M. (2017). Integrated Threat Theory. In *Oxford Research Encyclopedia of Communication*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228613.013.490>

Croucher, S. M., Nguyen, T., & Rahmani, D. (2020). Prejudice Toward Asian Americans in the Covid-19 Pandemic: The Effects of Social Media Use in the United States. *Frontiers in Communication*, 5. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2020.00039>

Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2007). The BIAS map: Behaviors from intergroup affect and stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 631-648. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.4.631>

Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2008). Warmth and Competence as Universal Dimensions of Social Perception: The Stereotype Content Model and the BIAS Map. In *Advances in*

*Experimental Social Psychology* (Vol. 40, pp. 61-149). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(07\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(07)00002-0)

Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., Kwan, V. S. Y., Glick, P., Demoulin, S., Leyens, J., Bond, M. H., Croizet, J., Ellemers, N., Sleebos, E., Htun, T. T., Kim, H., Maio, G., Perry, J., Petkova, K., Todorov, V., Rodríguez-Bailón, R., Morales, E., Moya, M., ... Ziegler, R. (2009). Stereotype content model across cultures: Towards universal similarities and some differences. *British Journal of Social Psychology*, 48(1), 1-33. <https://doi.org/10.1348/014466608X314935>

Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Beninger, A. (2011). The dynamics of warmth and competence judgments, and their outcomes in organizations. *Research in Organizational Behavior*, 31, 73-98. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2011.10.004>

Daul, J., Boudjemadi, V., & Rohmer, O. (2024). Améliorer le retour au travail après un cancer : Mise en place et évaluation d'une action de sensibilisation des entreprises. *Le travail humain*, 87(3), 159-184. <https://doi.org/10.3917/th.873.0159>

Daul, J., Boudjemadi, V., Sgambati, L., & Rohmer, O. (2025). Les croyances, un frein au processus de retour au travail après un cancer ? *Bulletin du Cancer*. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2025.03.021>

Davey, G. C. L. (2011). Disgust : The disease-avoidance emotion and its dysfunctions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 366, 3453-3465. <https://doi.org/10.1098/rstb.2011.0039>

De Condappa, T., Nabi, H., Laguet, V., & Baugnet, L. (2021). Rôles des représentations sociales de la Covid-19 en contexte de confinement en France. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 1(129-130), 7-18.

De Pelsmacker, P., Lewi, M., & Cauberghe, V. (2017). The Effect of Personal Characteristics, Perceived Threat, Efficacy and Breast Cancer Anxiety on Breast Cancer Screening Activation. *Healthcare*, 5(4), 65. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040065>

De Rijk, A., Amir, Z., Cohen, M., Furlan, T., Godderis, L., Knezevic, B., Miglioretti, M., Munir, F., Popa, A. E., Sedlakova, M., Torp, S., Yagil, D., Tamminga, S., & De Boer, A. (2020). The challenge of return to work in workers with cancer: Employer priorities despite variation in social policies related to work and health. *Journal of Cancer Survivorship*, 14(2), 188-199. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00829-y>

de Boer, A. G. E. M., de Wind, A., Coenen, P., van Ommen, F., Greidanus, M. A., Zegers, A. D., Duijts, S. F. A., & Tamminga, S. J. (2022). Cancer survivors and adverse work outcomes: Associated factors and supportive interventions. *British Medical Bulletin*, 145(1), 60-71. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldac028>

de Boer, A. G. E. M., Taskila, T., Ojajärvi, A., van Dijk, F. J. H., & Verbeek, J. H. A. M. (2009). Cancer Survivors and Unemployment: A Meta-analysis and Meta-regression. *JAMA*, 301(7), 753-762. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.187>

Defossez, G., Le Guyader-Peyrou, S., Uhry, Z., Grosclaude, P., Colonna, M., & Dantony, E. (2019). *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018*. (Volume 1 – Tumeurs solides). Santé publique France.

Dijker, A. J., & Raeijmaekers, F. (1999). The influence of seriousness and contagiousness of disease on emotional reactions to ill persons. *Psychology & Health*, 14(1), 131-141. <https://doi.org/10.1080/08870449908407319>

Dirth, T. P., & Branscombe, N. R. (2018). The social identity approach to disability: Bridging disability studies and psychological science. *Psychological bulletin*, 144(12), 1300-1324.

Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Presses Universitaires de France.

Doise, W., & Palmonari, A. (1986). Les représentations sociales : Définition d'un concept. In *L'étude des représentations sociales* (pp. 81-94). Delachaux et Niestlé.

Dompnier, B., & Pansu, P. (2010). La Valeur Sociale des Explications Causales en Contexte Educatif. *Swiss Journal of Psychology*, 69(1), 39-51. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000005>

Donaldson, S. I., Villalobos, J. P., & Cho, M. (2025). Following the science to understand how to reduce prejudice and its harmful consequences: A guide for evaluators and program planners. *Evaluation and Program Planning*, 110, 102556.

Döring, M., & Willems, J. (2023). Processing stereotypes: Professionalism confirmed or disconfirmed by sector affiliation? *International Public Management Journal*, 26(2), 221-239. <https://doi.org/10.1080/10967494.2021.1971125>

Duckitt, J. (2001). A dual-process cognitive-motivational theory of ideology and prejudice. *Advances in Experimental Social Psychology*, 33, 41-113. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(01\)80004-6](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(01)80004-6)

Duque, M., De Coninck, D., Montero-Zamora, P., Sahbaz, S., Bautista, T., Ertanir, B., Garcia, M. F., Alpysbekova, A., Scaramutti, C., Laboy, M., Vo, D., Acaf, Y., Vignoles, V., & Schwartz, S. J. (2024). The spillover effect of implicit immigrant stereotypes and incidental pandemic threat. *International Journal of Intercultural Relations*, 99, 101939. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2024.101939>

Durante, F., Fiske, S. T., Gelfand, M. J., Crippa, F., Suttora, C., Stillwell, A., Asbrock, F., Aycan, Z., Bye, H. H., Carlsson, R., Björklund, F., Dagher, M., Geller, A., Larsen, C. A., Latif, A.-H. A., Mähönen, T. A., Jasinskaja-Lahti, I., & Teymoori, A. (2017). Ambivalent stereotypes link to peace, conflict, and inequality across 38 nations. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(4), 669-674. <https://doi.org/10.1073/pnas.1611874114>

Durante, F., Fiske, S. T., Kervyn, N., Cuddy, A. J. C., Akande, A. (Debo), Adetoun, B. E., Adewuyi, M. F., Tserere, M. M., Ramiah, A. A., Mastor, K. A., Barlow, F. K., Bonn, G., Tafarodi, R. W., Bosak, J., Cairns, E., Doherty, C., Capozza, D., Chandran, A., Chrysoschoou, X., ... Storari, C. C. (2013). Nations' income inequality predicts ambivalence in stereotype content: How societies mind the gap. *British Journal of Social Psychology*, 52(4), 726-746. <https://doi.org/10.1111/bjso.12005>

Eicher, V., & Bangerter, A. (2015). Social representations of infectious diseases. In E. Andreouli, G. Gaskell, G. Sammut, & J. Valsiner (Éds.), *The Cambridge Handbook of Social Representations* (pp. 385-396). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107323650.031>

Eisinga, R., Grotenhuis, M. te, & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *International journal of public health*, 58, 637-642. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0416-3>

Ellemers, N. (2017). *Morality and the regulation of social behavior: Groups as moral anchors*. Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315661322/morality-regulation-social-behavior-naomi-ellemers>

Ellemers, N., & Van Den Bos, K. (2012). Morality in Groups: On the Social-Regulatory Functions of Right and Wrong. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(12), 878-889. <https://doi.org/10.1111/spc3.12001>

Eskildsen, N. B., Joergensen, C. R., Thomsen, T. G., Ross, L., Dietz, S. M., Groenvold, M., & Johnsen, A. T. (2017). Patient empowerment: A systematic review of questionnaires measuring empowerment in cancer patients. *Acta Oncologica*, 56(2), 156-165. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1267402>

Espuig, A., Pons-Vinent, M., Carbajo, E., & Lacomba-Trejo, L. (2024). The Impact of Pain, Threat Perception and Emotional Distress on Suicide Risk in Individuals with Colorectal Cancer. *Nursing Reports*, 14(4), 2629-2639. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040194>

Esses, V. M., & Dovidio, J. F. (2002). The Role of Emotions in Determining Willingness to Engage in Intergroup Contact. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(9), 1202-1214. <https://doi.org/10.1177/01461672022812006>

Feuerstein, M., Todd, B. L., Moskowitz, M. C., Bruns, G. L., Stoler, M. R., Nassif, T., & Yu, X. (2010). Work in cancer survivors: A model for practice and research. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(4), 415-437. <https://doi.org/10.1007/s11764-010-0154-6>

Fiske, S., Cuddy, A., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content : Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of personality and social psychology*, 82, 878-902. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.6.878>

Fiske, S. T. (1993). Controlling other people: The impact of power on stereotyping. *American Psychologist*, 48(6), 621-628. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.6.621>

Fiske, S. T. (1998). *Stereotyping, prejudice, and discrimination*. <https://psycnet.apa.org/record/1998-07091-025>

Fiske, S. T. (2015). Intergroup biases: A focus on stereotype content. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 3, 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2015.01.010>

Fiske, S. T. (2017). Prejudices in Cultural Contexts : Shared Stereotypes (Gender, Age) Versus Variable Stereotypes (Race, Ethnicity, Religion). *Perspectives on Psychological Science*, 12(5), 791-799. <https://doi.org/10.1177/1745691617708204>

Fiske, S. T. (2018). Stereotype Content: Warmth and Competence Endure. *Current directions in psychological science*, 27(2), 67-73. <https://doi.org/10.1177/0963721417738825>

Fiske, S. T. T., & Taylor, S. E. (2020). *Social cognition: From brains to culture*. Sage Publications.  
<https://www.torrossa.com/gs/resourceProxy?an=5018553&publisher=FZ7200>

Flament, C., & Rouquette, M.-L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires : Comment étudier les représentations sociales*. Armand Colin.

Forber-Pratt, A. J., Lyew, D. A., Mueller, C., & Samples, L. B. (2017). Disability identity development: A systematic review of the literature. *Rehabilitation psychology*, 62(2), 198.  
<https://doi.org/10.1037/rep0000134>

Foucaud, J., Soler, M., Bauquier, C., Pannard, M., & Préau, M. (2015). *Baromètre cancer 2015. Cancer et facteurs de risque. Opinions et perceptions de la population française*. Institut national du cancer. Santé publique France.

Foucault, D., & Lacassagne, B. (2014). Survol de l'histoire du cancer avant l'ouverture du Centre régional anticancéreux de Toulouse. *Histoire de l'institut Claudius Regaud du CRAC à l'Oncopole*, 15-30.

Fousiani, K., Sypes, C., & Armenta, B. M. (2023). Applying for remote jobs? You'd better be competent! Teleworking turns recruiters attention to candidate competence over warmth-related skills. *Personality and Individual Differences*, 204, 112063.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.112063>

Friebs, M., Aparicio Lukassowitz, F., & Wagner, U. (2022). Stereotype content of occupational groups in Germany. *Journal of Applied Social Psychology*, 52(6), 459-475.  
<https://doi.org/10.1111/jasp.12872>

Frijda, N. H. (1986). *The Emotions*. Cambridge University Press.

Frijda, N. H., Kuipers, P., & Ter Schure, E. (1989). Relations among emotion, appraisal, and emotional action readiness. *Journal of personality and social psychology*, 57(2), 212.

Galand, C., & Salès-Wuillemin, É. (2009). Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. *Societes*, n° 105(3), 35-44. <https://doi.org/10.3917/soc.105.0035>.

Gallo, M., Hausladen, C. I., Hsu, M., Jenkins, A. C., Ona, V., & Camerer, C. F. (2024). Perceived warmth and competence predict callback rates in meta-analyzed North American labor market experiments. *PloS one*, 19(7), e0304723.

Gamalinda, T. B., & Ofreneo, M. A. P. (2024). "We're All Human, Right?": Social Representations of LGBT + in Senate Hearings on the SOGIE Equality Bill in the Philippines. *Sexuality Research and Social Policy*, 21(3), 1137-1150. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-00953-0>

Gaymard, S. (2021). *Les fondements des représentations sociales. Sources, théories et pratiques*. Dunod.

Gilles, I., Bangerter, A., Clémence, A., Green, E. G. T., Krings, F., Mouton, A., Rigaud, D., Staerklé, C., & Wagner-Egger, P. (2013). Collective symbolic coping with disease threat and othering: A case study of avian influenza. *British Journal of Social Psychology*, 52(1), 83-102. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.2011.02048.x>

Godward, J., Riordan, B. C., Winter, T., Ashton, J. C., Hunter, J., & Scarf, D. (2022). Lung Cancer Attracts Greater Stigma than Other Cancer Types in Aotearoa New Zealand. *Journal of Oncology*, 2022, 2183055. <https://doi.org/10.1155/2022/2183055>

Granjon, M., Pillaud, N., Popa-Roch, M., Aubé, B., & Rohmer, O. (2025). Attitudes towards invisible disabilities : Evidence from behavioral tendencies. *Current Research in Behavioral Sciences*, 8, 100164. <https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2024.100164>

Granjon, M., Rohmer, O., Popa-Roch, M., Aubé, B., & Sanrey, C. (2023). Disability stereotyping is shaped by stigma characteristics. *Group Processes & Intergroup Relations*, 27(6), 1403-1422. <https://doi.org/10.1177/13684302231208534>

Grant, A. M., & Parker, S. K. (2009). 7 Redesigning Work Design Theories: The Rise of Relational and Proactive Perspectives. *Academy of Management Annals*, 3(1), 317-375. <https://doi.org/10.5465/19416520903047327>

Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The Causes and Consequences of a Need for Self-Esteem: A Terror Management Theory. In R. F. Baumeister (Ed.), *Public Self and Private Self* (pp. 189-212). Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9564-5\\_10](https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9564-5_10)

Greidanus, M. A., Boer, A. G. E. M. de, Rijk, A. E. de, Tiedtke, C. M., Casterlé, B. D. de, Frings-Dresen, M. H. W., & Tamminga, S. J. (2018). Perceived employer-related barriers and facilitators for work participation of cancer survivors: A systematic review of employers' and survivors' perspectives. *Psycho-Oncology*, 27(3), 725-733. <https://doi.org/10.1002/pon.4514>

Greidanus, M. A., de Boer, A. G. E. M., Tiedtke, C. M., Frings-Dresen, M. H. W., de Rijk, A. E., & Tamminga, S. J. (2020). Supporting employers to enhance the return to work of cancer survivors: Development of a web-based intervention (MiLES intervention). *Journal of Cancer Survivorship*, 14(2), 200-210. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00844-z>

Greidanus, M. A., Tamminga, S. J., de Rijk, A. E., Frings-Dresen, M. H. W., & de Boer, A. G. E. M. (2019). What Employer Actions Are Considered Most Important for the Return to Work of Employees with Cancer? A Delphi Study Among Employees and Employers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(2), 406-422. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9800-z>

Grunfeld, E. A., Drudge-Coates, L., Rixon, L., Eaton, E., & Cooper, A. F. (2013). "The only way I know how to live is to work": A qualitative study of work following treatment for prostate cancer. *Health Psychology*, 32(1), 75. <https://doi.org/10.1037/a0030387>

Grunfeld, E. A., Low, E., & Cooper, A. F. (2010). Cancer survivors' and employers' perceptions of working following cancer treatment. *Occupational Medicine*, 60(8), 611-617. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq143>

Haller, B., & Preston, J. (2016). Confirming normalcy: 'Inspiration porn' and the construction of the disabled subject? In *Disability and Social Media* (pp. 63-78). Routledge.

Halpin, M., Phillips, M., & Oliffe, J. L. (2009). Prostate cancer stories in the Canadian print media: Representations of illness, disease and masculinities. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 155-169. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01122.x>

Hamilton, D. L. (2015). *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior*. Psychology Press.

Heathcote, L. C., & Eccleston, C. (2017). Pain and cancer survival: A cognitive-affective model of symptom appraisal and the uncertain threat of disease recurrence. *Pain*, 158(7), 1187-1191. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000872>

Hege, A., & Dufour, C. (2010). Les pratiques des acteurs d'entreprise face à la longue maladie et au handicap en Allemagne: *La Revue de l'Ires*, n° 67(4), 59-93. <https://doi.org/10.3917/rldi.067.0059>

Heley, K., Vanderpool, R. C., & Vedham, V. (2024). Global cancer stigma research: A U.S. National Cancer Institute workshop report. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, 2024(63), 4-10. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgad038>

Herzlich, C. (2019). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Walter de Gruyter GmbH & Co KG.

Honda, N., Shiroshita, Y., Miyazaki, A., & Sobue, I. (2024). Factors associated with cancer disclosure in adolescent and young adult cancer survivors: An integrative review from the social-ecological model perspective. *European Journal of Oncology Nursing*, 69, 102542. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102542>

Hoving, J., Broekhuizen, M., & Frings-Dresen, M. (2009). Return to work of breast cancer survivors: A systematic review of intervention studies. *BMC Cancer*, 9(1), 117. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-9-117>

Hudson, E., Arnaert, A., & Lavoie-Tremblay, M. (2021). Healthcare professional disclosure of mental illness in the workplace: A rapid scoping review. *Journal of Mental Health*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1979485>

Ilanius Göransson, S., Bladkrona, A., Wolgast, S. N., & Hoff, E. (2025). Workplace diversity training reduces prejudice and promotes anti-discrimination intentions. *Ethnic and Racial Studies*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/01419870.2025.2478268>

Imran, U. D., Ghazwan, M. F., & Firmansyah, F. (2025). The effect of recognition and appreciation on employee motivation and performance. *Economics and Digital Business Review*, 6(1), 1-18.

INCa. (2018). *La vie cinq ans après un diagnostic de cancer*. INCa.

INCa. (2021a). *Agir pour sa santé contre les risques de cancer*.

INCa. (2021b). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030*.

INCa. (2023). *Panorama des cancers en France—Édition 2023* (Institut National du cancer).

Institut national du cancer & Santé publique France. (2023). *Baromètre cancer 2021*.

Islam, T., Dahlui, M., Majid, H. A., Nahar, A. M., Mohd Taib, N. A., Su, T. T., & MyBCC study group. (2014). Factors associated with return to work of breast cancer survivors: A systematic review. *BMC Public Health*, 14(3), S8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-S3-S8>

Jans, L. H., Kaye, H. S., & Jones, E. C. (2012). Getting hired: Successfully employed people with disabilities offer advice on disclosure, interviewing, and job search. *Journal of occupational rehabilitation*, 22, 155-165. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9336-y>

Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Presses universitaires de France Paris.

Jodelet, D. (2015). *Représentations sociales et mondes de vie*. Archives contemporaines.

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26. <https://doi.org/10.3102/0013189x033007014>

Johnston, B. M., & Glasford, D. E. (2014). A Threat-Emotion Profile Approach to Explaining Active Versus Passive Harm in Intergroup Relations. *Social Psychology*, 45(5), 399-407. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000199>

Jost, J. T., & Banaji, M. R. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British journal of social psychology*, 33(1), 1-27.

Kahneman, D. (2003). Experiences of collaborative research. *American Psychologist*, 58(9), 723.

Kervyn, N., Fiske, S. T., & Yzerbyt, V. Y. (2013). Integrating The Stereotype Content Model (Warmth And Competence) And The Osgood Semantic Differential (Evaluation, Potency, And Activity). *European journal of social psychology*, 43(7), 673-681. <https://doi.org/10.1002/ejsp.1978>

Kervyn, N., Fiske, S., & Yzerbyt, V. (2015). Forecasting the Primary Dimension of Social Perception : Symbolic and Realistic Threats Together Predict Warmth in the Stereotype Content Model. *Social psychology*, 46(1), 36-45. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000219>

Kervyn, N., Yzerbyt, V., & Judd, C. M. (2010). Compensation between warmth and competence : Antecedents and consequences of a negative relation between the two fundamental

dimensions of social perception. *European Review of Social Psychology*, 21(1), 155-187.  
<https://doi.org/10.1080/13546805.2010.517997>

Kiasuwa Mbengi, R., Tiraboschi, M., de Brouwer, C., & Bouland, C. (2018). How do social security schemes and labor market policies support the return-to-work of cancer survivors? A review article. *Journal of Cancer Policy*, 15, 128-133. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2018.02.008>

Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2006). *Evaluating Training Programs: The Four Levels*. Berrett-Koehler Publishers.

Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (Fifth Edition). Guilford publications.

Koch, A., Imhoff, R., Dotsch, R., Unkelbach, C., & Alves, H. (2016). The ABC of stereotypes about groups: Agency/socioeconomic success, conservative – progressive beliefs, and communion. *Journal of personality and social psychology*, 110(5), 675. <https://doi.org/10.1037/pspa0000046>

Koch, A., Smith, A., Fiske, S. T., Abele, A. E., Ellemers, N., & Yzerbyt, V. (2024). Validating a brief measure of four facets of social evaluation. *Behavior Research Methods*, 56(8), 8521-8539. <https://doi.org/10.3758/s13428-024-02489-y>

Kotzur, P. F., Friehs, M., Asbrock, F., & Van Zalk, M. H. W. (2019). Stereotype content of refugee subgroups in Germany. *European Journal of Social Psychology*, 49(7), 1344-1358. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2585>

Kotzur, P. F., Veit, S., Namyslo, A., Holthausen, M.-A., Wagner, U., & Yemane, R. (2020). ‘Society thinks they are cold and/or incompetent, but I do not’: Stereotype content ratings depend on instructions and the social group’s location in the stereotype content space. *British Journal of Social Psychology*, 59(4), 1018-1042. <https://doi.org/10.1111/bjso.12375>

Krauth-Gruber, S., & Drozda-Senkowska, E. (2017). Ces groupes qui ne nous laissent pas indifférents : Menaces et émotions intergroupes. *Menaces sociales et environnementales: repenser la société des risques*, 81-98. <https://doi.org/10.4000/books.pur.142022>

Kuppens, T., & Yzerbyt, V. Y. (2012). Group-Based Emotions: The Impact of Social Identity on Appraisals, Emotions, and Behaviors. *Basic and Applied Social Psychology*, 34(1), 20-33. <https://doi.org/10.1080/01973533.2011.637474>

Kye, S. Y., Lee, H. J., Lee, Y., & Kim, Y. A. (2020). Public Attitudes towards Cancer Survivors among Korean Adults. *Cancer Research and Treatment*, 52(3), 722-729. <https://doi.org/10.4143/crt.2019.265>

La Ligue nationale contre le cancer. (2018). *Après un cancer le combat continue. Observatoire sociétal des cancers*.

Landmann, H., Gaschler, R., & Rohmann, A. (2019). What is threatening about refugees? Identifying different types of threat and their association with emotional responses and attitudes towards refugee migration. *European Journal of Social Psychology*, 49(7), 1401-1420. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2593>

Leach, C. W., Ellemers, N., & Barreto, M. (2007). Group virtue: The importance of morality (vs. competence and sociability) in the positive evaluation of in-groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(2), 234-249. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.2.234>

Lebel, S., & Devins, G. M. (2008). Stigma in Cancer Patients Whose Behavior may Have Contributed to Their Disease. *Future Oncology*, 4(5), 717-733. <https://doi.org/10.2217/14796694.4.5.717>

Lee, M. K., Kang, H. S., Lee, K. S., & Lee, E. S. (2016). Three-year prospective cohort study of factors associated with return to work after breast cancer diagnosis. *Journal of occupational rehabilitation*, 27, 547-558. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9685-7>

Lee, S. E., & Park, E. Y. (2023). Employees' attitudes toward cancer, cancer survivors, and cancer survivors' return to work. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 10(3), 100197. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100197>

Légal, J.-B., & Delouvé, S. (2021). *Stéréotypes, préjugés et discriminations*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.legal.2021.01>

Leung, F. F., Kim, S., & Tse, C. H. (2020). Highlighting Effort Versus Talent in Service Employee Performance: Customer Attributions and Responses. *Journal of Marketing*, 84(3), 106-121. <https://doi.org/10.1177/0022242920902722>

Ligue Nationale contre le cancer. (2013). *Rapport 2013 de l'Observatoire sociétal des cancers*.

Lindsay, S., Cagliostro, E., & Carafa, G. (2018). A systematic review of workplace disclosure and accommodation requests among youth and young adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 40(25), 2971-2986. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1363824>

LOI n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, 2021-1018 (2021).

Louvet, E., Cambon, L., Milhabet, I., & Rohmer, O. (2019). The relationship between social status and the components of agency. *The Journal of Social Psychology*, 159(1), 30-45. <https://doi.org/10.1080/00224545.2018.1441795>

Louvet, E., & Rohmer, O. (2000). Le rôle des réactions affectives dans la perception sociale des personnes handicapées physiques selon la familiarité avec le handicap. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 47-48, 95-109.

Louvet, E., & Rohmer, O. (2004). Perception sociale et représentations sociales : Deux approches complémentaires dans la compréhension des conduites sociales – Applications à l'étude du handicap. *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 61, 57-62.

Louvet, E., Rohmer, O., & Dubois, N. (2009). Social Judgment of People with a Disability in the Workplace : How to Make a Good Impression on Employers. *Swiss Journal of Psychology*, 68(3), 153-159. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.68.3.153>

Luna Cortes, G. (2024). A systematic literature review of the stereotype content model in the fields of psychology and marketing: Main themes examined in the literature and an agenda for future research in marketing. *Frontiers in Psychology*, 15, 1392629. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1392629>

Luo, M., & Hancock, J. T. (2020). Self-disclosure and social media: Motivations, mechanisms and psychological well-being. *Current Opinion in Psychology*, 31, 110-115. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.08.019>

Ma, R., & Ma, Z. (2023). How are we going to treat Chinese people during the pandemic? Media cultivation of intergroup threat and blame. *Group Processes & Intergroup Relations*, 26(3), 515-533. <https://doi.org/10.1177/13684302221075695>

Mackie, D. M., Devos, T., & Smith, E. R. (2000). Intergroup emotions: Explaining offensive action tendencies in an intergroup context. *Journal of personality and social psychology*, 79(4), 602.

Mannoni, P. (2012). Définition différentielle des représentations sociales. *Que sais-je ?*, 6, 9-39.

Marie, D., Dany, L., Cannone, P., Dudoit, E., & Duffaud, F. (2010). Représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie : Enjeux pour la définition de la situation thérapeutique. *Bulletin du Cancer*, 97(5), 577-587. <https://doi.org/10.1684/bdc.2010.1036>

Marková, I. (2000). Amédée or How to Get Rid of It: Social Representations from a Dialogical Perspective. *Culture & Psychology*, 6(4), 419-460. <https://doi.org/10.1177/1354067X0064002>

Marlow, L. A. V., Waller, J., & Wardle, J. (2010). Variation in Blame Attributions across Different Cancer Types. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 19(7), 1799-1805. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-09-1298>

Marlow, L. A. V., Waller, J., & Wardle, J. (2015). Does lung cancer attract greater stigma than other cancer types? *Lung Cancer*, 88(1), 104-107. <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2015.01.024>

Martinez, L. R., White, C. D., Shapiro, J. R., & Hebl, M. R. (2016). Selection BIAS: Stereotypes and discrimination related to having a history of cancer. *Journal of Applied Psychology*, 101(1), 122-128. <https://doi.org/10.1037/apl0000036>

McManus, J. L., Feyes, K. J., & Saucier, D. A. (2011). Contact and knowledge as predictors of attitudes toward individuals with intellectual disabilities. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(5), 579-590. <https://doi.org/10.1177/0265407510385494>

Miles, E., & Crisp, R. J. (2014). A meta-analytic test of the imagined contact hypothesis. *Group Processes & Intergroup Relations*, 17(1), 3-26. <https://doi.org/10.1177/1368430213510573>

Ministère des affaires sociales et de la santé. (2003). *Plan Cancer 2003-2007*. <http://www.plan-cancer.gouv.fr/historique/plan-cancer-2003-2007.html>

Ministère des affaires sociales et de la santé. (2009). *Plan Cancer 2009-2013*.

Ministère des affaires sociales et de la santé. (2014). *Plan Cancer 2014-2019*.

Molina, R., Feliu, J., Villalba, A., San José, B., Jiménez, A. M., Espinosa, E., Álvarez-Mon, M., & González-Barón, M. (2008). Employment in a cohort of cancer patients in Spain. A predictive model of working outcomes. *Clinical and Translational Oncology*, 10(12), 826-830. <https://doi.org/10.1007/s12094-008-0296-4>

Moliner, P., & Guimelli, C. (2015). *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de Grenoble.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public* (2e édition). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.mosco.2004.01>

Mosher, C. E., & Danoff-Burg, S. (2007). Death Anxiety and Cancer-Related Stigma: A Terror Management Analysis. *Death Studies*, 31(10), 885-907. <https://doi.org/10.1080/07481180701603360>

Najmabadi, K. M., Azarkish, F., Latifnejadroudsari, R., Shandiz, F. H., Aledavood, S. A., Kermani, A. T., & Esmaily, H. O. (2014). Self-disclosure of breast cancer diagnosis by Iranian women to friends and colleagues. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(6), 2879-2882. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.6.2879>

Negura, L., & Lavoie, C. (2016). Le travail représenté. La diversité, le dynamisme et la spécificité de sa réalité. In G. Lo Monaco, S. Delouée, & P. Rateau, *Les représentations sociales : Théories, méthodes et applications* (pp. 299-312). De Boeck Supérieur.

Neuberg, S. L., & DeScioli, P. (2015). Prejudices: Managing perceived threats to group life. In D. M. Buss, *The Handbook of Evolutionary Psychology, Volume 2 : Integrations* (pp. 704-721). John Wiley & Sons.

Nguyen, T., Croucher, S. M., Diers-Lawson, A., & Maydell, E. (2021). Who's to blame for the spread of COVID-19 in New Zealand? Applying attribution theory to understand public stigma. *Communication Research and Practice*, 7(4), 379-396. <https://doi.org/10.1080/22041451.2021.1958635>

Nicolas, G., Bai, X., & Fiske, S. T. (2022). A spontaneous stereotype content model : Taxonomy, properties, and prediction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123(6), 1243-1263. <https://doi.org/10.1037/pspa0000312>

Onu, D., Kessler, T., & Smith, J. R. (2016). Admiration: A Conceptual Review. *Emotion Review*, 8(3), 218-230. <https://doi.org/10.1177/1754073915610438>

Østerud, K. L. (2022). A balancing act: The employer perspective on disability disclosure in hiring. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 56(3), 289-302. <https://doi.org/10.3233/JVR-221192>

Owuamalam, C. K., Wong, K. X., & Rubin, M. (2016). Chubby but cheerful? Investigating the compensatory judgments of high, medium, and low status weight groups in Malaysia. *Cogent Psychology*, 3(1), 1188441. <https://doi.org/10.1080/23311908.2016.1188441>

Paluck, E. L., & Green, D. P. (2009). Prejudice reduction: What works? A review and assessment of research and practice. *Annual review of psychology*, 60, 339-367. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163607>

Paluck, E. L., Porat, R., Clark, C. S., & Green, D. P. (2021). Prejudice Reduction: Progress and Challenges. *Annual Review of Psychology*, 72(1), 533-560. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-071620-030619>

Pantaléon, N., Queiroga, F., Burzotta, M., & Bertolino, M. (2023). How do I perceive my disabled colleague who benefits from a job accommodation? *Le travail humain*, 86(3), 271-271. <https://doi.org/10.3917/th.863.0271>

Papathanasiou, C., & Apostolidis, T. (2022). The 'how' of HIV infection matters: Social judgments and responsibility attribution in the context of the AIDS epidemic. *Sociol Int J*, 6(4), 220-224. <https://doi.org/10.15406/sij.2022.06.00289>

Pelleboer-Gunnink, H. A., van Oorsouw, W., van Weeghel, J., & Embregts, P. (2021). Familiarity with people with intellectual disabilities, stigma, and the mediating role of emotions among the Dutch general public. *Stigma and Health*, 6(2), 173-183. <https://doi.org/10.1037/sah0000228>

Pena Pena, M., Urdapilleta, I., Tavani, J. L., Pruzina, I., & Verhiac, J.-F. (2016). Représentations sociales de la personne obèse et de l'obésité : Effets de la situation de contact. *Psychologie Française*, 61(3), 235-250. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2015.05.003>

Petersen, K. S., Momsen, A. H., Stapelfeldt, C. M., & Nielsen, C. V. (2019). Reintegrating Employees Undergoing Cancer Treatment into the Workplace: A Qualitative Study of Employer and Co-worker Perspectives. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 764-772. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09838-1>

Petrocelli, J. V. (2003). Hierarchical Multiple Regression in Counseling Research : Common Problems and Possible Remedies. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 36(1), 9-22. <https://doi.org/10.1080/07481756.2003.12069076>

Pinell, P. (2005). Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157(1-2), 4-36. <https://doi.org/10.3917/arss.156.0004>

Popa, A. E., Morândău, F., Popa, R.-I., Rusu, M. S., & Sidor, A. (2020). Supporting the Return to Work After Cancer in Romania: Exploring Employers' Perspectives. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30(1), 59-71. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09846-1>

Porro, B., Durand, M.-J., Petit, A., Bertin, M., & Roquelaure, Y. (2022). Return to work of breast cancer survivors: Toward an integrative and transactional conceptual model. *Journal of Cancer Survivorship*, 16(3), 590-603. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01053-3>

Porro, B., Tamminga, S. J., de Boer, A. G. E. M., Petit, A., Roquelaure, Y., & Greidanus, M. A. (2022). Identification of actions to be taken by managers to facilitate the return to work of cancer survivors: Consensus between managers and cancer survivors. *BMC Public Health*, 22(1), 1905. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14271-w>

Rabin, C. (2020). Cancer-Related Self-Disclosure in the Workplace/School by Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 9(4), 528-533. <https://doi.org/10.1089/jayao.2019.0159>

Rasmussen, D. M., & Elverdam, B. (2008). The meaning of work and working life after cancer: An interview study. *Psycho-Oncology*, 17(12), 1232-1238. <https://doi.org/10.1002/pon.1354>

Rauscher, C., Louvet, E., & Bourguignon, D. (2023). 'To succeed at work, you just need to work hard': How beliefs in professional meritocracy serve to blame unemployed people. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 34(1), e2762. <https://doi.org/10.1002/casp.2762>

Richard, C., Corbière, M., Fiset-Renaud, H., Caiada, M., Lamontagne, J., Diotte, F., Kik, A.-M., Merlo, R., & Lecomte, T. (2025). Disclosure Impact of Mental Health Conditions in the Workplace: A Scoping Review and a Thematic Analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-025-10288-1>

Robinson, L., Kocum, L., Loughlin, C., Bryson, L., & Dimoff, J. K. (2015). I wanted you to know: Breast cancer survivors' control of workplace communication about cancer. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(4), 446-456. <https://doi.org/10.1037/a0039142>

Rohmer, O., Granjon, M., & Louvet, E. (2022). On dit les apprécier, alors pourquoi les personnes en situation de handicap sont-elles discriminées ? In K. Faniko, D. Bourguignon, O. Sarasin, & S. Guimond, *La psychologie des préjugés et de la discrimination : Point de vue des discriminants et de leurs cibles* (seconde édition). De Boeck.

Rohmer, O., & Louvet, E. (2011). Le stéréotype des personnes handicapées en fonction de la nature de la déficience. *L'Année psychologique*, 111(1), 69-85.

Rohmer, O., & Louvet, E. (2012a). Implicit measures of the stereotype content associated with disability. *British Journal of Social Psychology*, 51(4), 732-740.

Rohmer, O., & Louvet, E. (2012b). Utilité sociale et réussite universitaire d'étudiants ayant ou non des incapacités motrices : Rôles respectifs de la compétence et de l'effort. *Développement Humain, Handicap et Changement Social*, 20(3), 65-76. <https://doi.org/10.7202/1086601ar>

Rosenberg, S., Nelson, C., & Vivekananthan, P. S. (1968). A multidimensional approach to the structure of personality impressions. *Journal of personality and social psychology*, 9(4), 283.

Rosenberg, S., & Olshan, K. (1970). Evaluative and descriptive aspects in personality perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16(4), 619.

Rothstein, M. A., Kennedy, K., Ritchie, K. J., & Pyle, K. (1995). Are cancer patients subject to employment discrimination. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 9(12), 1303-1306; discussion 1311-2, 1315.

Sadler, M. S., Kaye, K. E., & Vaughn, A. A. (2015). Competence and warmth stereotypes prompt mental illness stigma through emotions: Emotions mediate mental illness stigma. *Journal of Applied Social Psychology*, 45(11), 602-612. <https://doi.org/10.1111/jasp.12323>

Salès-Wuillemin, E., Morlot, R., Masse, L., & Kohler, C. (2009). La représentation sociale de l'hygiène chez les professionnels de santé : Intérêt du recueil par entretien et de l'analyse discursive des opérateurs de liaison issus du modèle des Schèmes Cognitifs de Base (SCB). *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 2, 43-72. <https://doi.org/10.3917/cips.082.0043>

Schalk, S. (2016). Reevaluating the Supercrip. *Journal of Literary & Cultural Disability Studies*, 10(1), 71-86. <https://doi.org/10.3828/jlclds.2016.5>

Schmitz, M., & Yzerbyt, V. (2022). Direct and indirect dimensional compensation: Is there a difference between observers and group members? *Group Processes & Intergroup Relations*, 25(2), 335-353. <https://doi.org/10.1177/1368430220963176>

Schraub, S., Blaise, P., Noel, G., Casset, A., Etienne-Selloum, N., Da Silva, F., Marchal, P., Schneider, G., & Bergerot, P. (2021). Patients acteurs et formation en oncologie pour futurs médecins et pharmaciens. *Bulletin du Cancer*, 108(1), 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2020.10.023>

Schuhl, J., Chatard, A., & Lambert, É. (2020). Réduire la stigmatisation des salariés reconnus handicapés : Exemple d' une action de sensibilisation en entreprise. *Le travail humain*, 83(2), 91-114. <https://doi.org/10.3917/th.832.0091>.

Shepherd, M. A., & Gerend, M. A. (2014). The blame game: Cervical cancer, knowledge of its link to human papillomavirus and stigma. *Psychology & health*, 29(1), 94-109. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.834057>

Shim, H.-Y., Shin, J.-Y., Kim, J. H., Kim, S.-Y., Yang, H.-K., & Park, J.-H. (2015). Negative Public Attitudes Towards Cancer Survivors Returning to Work: A Nationwide Survey in Korea. *Cancer Research and Treatment: Official Journal of Korean Cancer Association*, 48(2), 815-824. <https://doi.org/10.4143/crt.2015.094>

Sidorenkov, A. V., & Borokhovski, E. F. (2023). The role of cohesion and productivity norms in performance and social effectiveness of work groups and informal subgroups. *Behavioral Sciences*, 13(5), 361. <https://doi.org/10.3390/bs13050361>

Simon, A. E., Wardle, J., & Miles, A. (2011). Is it time to change the stereotype of cancer: The expert view. *Cancer Causes & Control*, 22(1), 135-140. <https://doi.org/10.1007/s10552-010-9683-6>

Soffer, M. (2022). Cancer-related stigma in the USA and Israeli mass media: An exploratory study of structural stigma. *Journal of Cancer Survivorship*, 16(1), 213-222. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01145-0>

Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. In *Advances in*

*experimental social psychology* (Vol. 24, p. 93-159). Elsevier.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0065260108603287>

Stephan, W. G., Boniecki, K. A., Ybarra, O., Bettencourt, A., Ervin, K. S., Jackson, L. A., McNatt, P. S., & Renfro, C. L. (2002). The role of threats in the racial attitudes of Blacks and Whites. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(9), 1242-1254.

Stephan, W. G., & Stephan, C. W. (2017). Intergroup Threat Theory. In *The International Encyclopedia of Intercultural Communication* (pp. 1-12). John Wiley & Sons, Ltd.  
<https://doi.org/10.1002/9781118783665.ieicc0162>

Stephan, W. G., Ybarra, O., & Rios, K. (2009). Intergroup threat theory. In T. Nelson, *Handbook of prejudice* (pp. 43-59). Lawrence Erlbaum Associates.

Sterba, D., Stapleton, J. N., & Kennedy, W. (2022). The supercrip athlete in media: Model of inspiration or able-bodied hegemony? *International Journal of Sport Communication*, 15(3), 185-189.  
<https://doi.org/10.1123/ijsc.2022-0062>

Stergiou-Kita, M., Grigorovich, A., Tseung, V., Milosevic, E., Hebert, D., Phan, S., & Jones, J. (2014). Qualitative meta-synthesis of survivors' work experiences and the development of strategies to facilitate return to work. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 8(4), 657-670.  
<https://doi.org/10.1007/s11764-014-0377-z>

Stergiou-Kita, M., Pritlove, C., & Kirsh, B. (2016). The "Big C" —Stigma, cancer, and workplace discrimination. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(6), 1035-1050. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0547-2>

Stewart, A. J., & Raihani, N. (2023). Group reciprocity and the evolution of stereotyping. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 290(1991), 20221834.  
<https://doi.org/10.1098/rspb.2022.1834>

Sweetman, J., Spears, R., Livingstone, A. G., & Manstead, A. S. R. (2013). Admiration regulates social hierarchy: Antecedents, dispositions, and effects on intergroup behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(3), 534-542. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2012.10.007>

Taillandier-Schmitt, A., & Michinov, E. (2015). Stéréotypes et préjugés à l'égard de personnes atteintes de cancer : Etude auprès d'une population générale et de professionnels de santé. *Pratiques Psychologiques*, 21(2), 179-197. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.02.003>

Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In *Psychology of intergroup relations* (Stephen Worchel and William Austin, pp. 7-24). Hall Publishers.

Tamminga, S. J., Wolvers, M. D. J., Greidanus, M. A., Zaman, A. G. N. M., Braspenning, A. M., Frings-Dresen, M. H. W., & de Boer, A. G. E. M. (2019). Employees Diagnosed with Cancer: Current Perspectives and Future Directions from an Employer's Point of View. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(2), 472-474. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9802-x>

Tavan, H., Azadi, A., & Veisani, Y. (2019). Return to Work in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(1), 147-152. [https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC\\_114\\_18](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_114_18)

Terrizzi Jr, J. A., Pond Jr, R. S., Shannon, T. C., Koopman, Z. K., & Reich, J. C. (2023). How does disgust regulate social rejection? A mini-review. *Frontiers in Psychology*, 14, 1141100. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1141100>

Thamm, C., McCarthy, A. L., & Yates, P. (2024). A Discourse of Deviance: Blame, Shame, Stigma and the Social Construction of Head and Neck Cancer. *Qualitative Health Research*, 34(5), 398-410. <https://doi.org/10.1177/10497323231213819>

Tiedtke, C., Donceel, P., de Rijk, A., & Dierckx de Casterlé, B. (2014). Return to Work Following Breast Cancer Treatment: The Employers' Side. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 399-409. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9465-6>

Tiedtke, C., Donceel, P., Knops, L., Désiron, H., Dierckx de Casterlé, B., & de Rijk, A. (2012). Supporting return-to-work in the face of legislation: Stakeholders' experiences with return-to-work after breast cancer in Belgium. *Journal of occupational rehabilitation*, 22, 241-251. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9342-0>

Tiedtke, C. M., Dierckx De Casterlé, B., Frings-Dresen, M. H. W., De Boer, A. G. E. M., Greidanus, M. A., Tamminga, S. J., & De Rijk, A. E. (2017). Employers' experience of employees with cancer: Trajectories of complex communication. *Journal of Cancer Survivorship*, 11(5), 562-577. <https://doi.org/10.1007/s11764-017-0626-z>

Tontini, L., & Moriña, A. (2025). Disclosure dilemmas : Experiences of university graduates with invisible disabilities. *International Journal of Educational Research*, 133, 102694. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2025.102694>

Totton, R., & Rios, K. (2021). Predictors of anti-transgender attitudes: Identity-confusion and deception as aspects of distrust. *Self and Identity*, 20(4), 496-514. <https://doi.org/10.1080/15298868.2019.1621928>

Tozoula Bambara, A., Akanni, F., & Zerbo, R. (2019). Représentation sociale de la chimiothérapie et du cancer chez les étudiants de troisième cycle d'études médicales à Ouagadougou. *Bulletin du Cancer*, 106(10), 860-867. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2019.04.005>

Ufkes, E. G., Otten, S., van der Zee, K. I., Giebels, E., & Dovidio, J. F. (2012). The effect of stereotype content on anger versus contempt in "day-to-day" conflicts. *Group Processes & Intergroup Relations*, 15(1), 57-74. <https://doi.org/10.1177/1368430211417832>

Urbancová, H., Vrabcová, P., Hudáková, M., & Petru, G. J. (2021). Effective training evaluation: The role of factors influencing the evaluation of effectiveness of employee training and development. *Sustainability*, 13(5), 2721. <https://doi.org/10.3390/su13052721>

Vaish, A. (2018). The prosocial functions of early social emotions: The case of guilt. *Current Opinion in Psychology*, 20, 25-29. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.008>

Van Cappellen, P., & LaBouff, J. P. (2022). Prejudice toward Christians and atheists among members of nonreligious groups: Attitudes, behaviors, and mechanisms. *Group Processes & Intergroup Relations*, 25(1), 3-25. <https://doi.org/10.1177/1368430220906860>

Van den Bos, K. (2009). The social psychology of uncertainty management and system justification. In J. T. Jost, A. C. Kay, & H. Thorisdottir, *Social and psychological bases of ideology and system justification* (pp. 185-209). Oxford University Press.

Van Der Lee, R., Ellemers, N., Zarzeczna, N., & Scheepers, D. (2024). Threatened by the immoral, challenged by the incompetent: Cardiovascular responses to intragroup morality vs. competence evaluations. *Group Processes & Intergroup Relations*, 27(1), 62-75. <https://doi.org/10.1177/13684302221147004>

Vaughn, A. A., Teeters, S. A., Sadler, M. S., & Cronan, S. B. (2017). Stereotypes, Emotions, and Behaviors Toward Lesbians, Gay Men, Bisexual Women, and Bisexual Men. *Journal of Homosexuality*, 64(13), 1890-1911. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1273718>

Viseux, M., Tamminga, S. J., Greidanus, M. A., Porro, B., Roquelaure, Y., & Bourdon, M. (2022). Enhancing Emotional Skills of Managers to Support the Return to Work of Cancer Survivors: A Research Opinion Focusing on Value, Feasibility and Challenges. *Frontiers in Psychology*, 13, 910779. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.910779>

Von Ah, D., Storey, S., Crouch, A., Johns, S. A., Dodson, J., & Dutkevitch, S. (2017). Relationship of self-reported attentional fatigue to perceived work ability in breast cancer survivors. *Cancer nursing*, 40(6), 464-470. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000444>

Vrdoljak, A., Jelić, M., Čorkalo Biruški, D., & Stanković, N. (2024). Efficacy of imagined contact intervention with children and adolescents in reducing negative intergroup outcomes: A systematic review. *Social Psychology of Education*, 27(4), 2143-2174. <https://doi.org/10.1007/s11218-023-09869-w>

Vrinten, C., McGregor, L. M., Heinrich, M., von Wagner, C., Waller, J., Wardle, J., & Black, G. B. (2017). What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psycho-Oncology*, 26(8), 1070-1079. <https://doi.org/10.1002/pon.4287>

Wagner, W., Kronberger, N., & Seifert, F. (2002). Collective symbolic coping with new technology: Knowledge, images and public discourse. *British Journal of Social Psychology*, 41(3), 323-343. <https://doi.org/10.1348/014466602760344241>

Wang, L. D.-L., Zhan, L., Zhang, J., & Xia, Z. (2015). Nurses' blame attributions towards different types of cancer: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1600-1606. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.005>

Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of personality and social psychology*, 55(5), 738.

West, K., Turner, R., & Levita, L. (2015). Applying imagined contact to improve physiological responses in anticipation of intergroup interactions and the perceived quality of these interactions. *Journal of Applied Social Psychology*, 45(8), 425-436. <https://doi.org/10.1111/jasp.12309>

Wolvers, M. D. J., Leensen, M. C. J., Groeneveld, I. F., Frings-Dresen, M. H. W., & De Boer, A. G. E. M. (2018). Predictors for earlier return to work of cancer patients. *Journal of Cancer Survivorship*, 12(2), 169-177. <https://doi.org/10.1007/s11764-017-0655-7>

Wu, D. J., Syropoulos, S., Rivera-Rodriguez, A., & Dasgupta, N. (2023). From model minority to yellow peril: How threat perceptions and disgust predict anti-Asian prejudice during COVID-19. *Social and Personality Psychology Compass*, 17(10), e12833. <https://doi.org/10.1111/spc3.12833>

Yang, Y., Xu, J., Hu, Y., Hu, J., & Jiang, A. (2020). The experience of patients with cancer on narrative practice: A systematic review and meta-synthesis. *Health Expectations*, 23(2), 274-283. <https://doi.org/10.1111/hex.13003>

Ybarra, O., Chan, E., & Park, D. (2001). Young and old adults' concerns about morality and competence. *Motivation and Emotion*, 25, 85-100.

Yzerbyt, V. (2018). The dimensional compensation model : Reality and strategic constraints on warmth and competence in intergroup perceptions. In A. Abele & B. Wojciszke, *Agency and communion in social psychology* (First Edition, pp. 126-141). Routledge.

Yzerbyt, V., & Aubé, B. (2018). Chapitre 3. Les émotions dans les relations intergroupes. In K. Faniko, D. Bourguignon, O. Sarasin, & S. Guimond, *Psychologie de la discrimination et des préjugés* (pp. 55-71). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.fanik.2018.01.0055>

Yzerbyt, V., Barbedor, J., Carrier, A., & Rohmer, O. (2022). The Facets of Social Hierarchy: How Judges' Legitimacy Beliefs and Relative Status Shape Their Evaluation of Assertiveness and Ability. *International Review of Social Psychology*, 35(1), Article 1. <https://doi.org/10.5334/irsp.695>

Yzerbyt, V., & Cambon, L. (2017). The Dynamics of Compensation: When Ingroup Favoritism Paves the Way for Outgroup Praise. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 43(5), 587-600. <https://doi.org/10.1177/0146167216689066>

Yzerbyt, V., & Demoulin, S. (2010). Intergroup relations. In *Handbook of social psychology, Vol. 2, 5th ed* (pp. 1024-1083). John Wiley & Sons, Inc.  
<https://doi.org/10.1002/9780470561119.socpsy002028>

Yzerbyt, V., & Demoulin, S. (2019). *Les relations intergroupes*.  
<https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:210324>

Yzerbyt, V., Koch, A., Brambilla, M., Ellemers, N., Fiske, S. T., & Nicolas, G. (2025). Dimensions of Stereotypes about Groups. *Current directions in psychological science*.

Yzerbyt, V., Provost, V., & Corneille, O. (2005). Not Competent but Warm... Really? Compensatory Stereotypes in the French-speaking World. *Group Processes & Intergroup Relations*, 8(3), 291-308. <https://doi.org/10.1177/1368430205053944>

Yzerbyt, V., Rohmer, O., & Cambon, L. (in press). The complexities of paternalistic stereotypes: Is warmth towards socially protected groups authentic? *Personality and Social Psychology Bulletin*.

Zhang, M.-M., Chen, J.-J., Zhang, T., Wang, Q.-L., & Li, H.-P. (2021). Feasibility and effect of a guided self-disclosure intervention designed to facilitate benefit finding in breast cancer patients: A pilot study. *European Journal of Oncology Nursing*, 50, 101879.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101879>

Zheng, D., Marbut, A. R., Zhang, J., Britt, A., & Nwadike, D. (2023). Thinking of how you think of me: Working cancer survivors' metaperceptions of competence and why they matter. *Journal of Managerial Psychology*, 38(2), 158-173. <https://doi.org/10.1108/JMP-07-2022-0332>

## Stéréotypes, émotions et menace

### Quand la perception sociale devient un frein au retour au travail après un cancer

#### Résumé

En France, 40 % des personnes diagnostiquées d'un cancer sont en emploi et une sur dix rapporte avoir subi des discriminations au travail. Cette thèse analyse les mécanismes cognitifs et affectifs expliquant les réactions de (non)soutien des employeurs envers les personnes malades. Ancrée dans des modèles psychosociaux complémentaires (représentations sociales, jugement social, attribution de responsabilité et perception de menace), six études ont été menées auprès d'employeurs, de la population générale et de personnes malades. Les résultats montrent que les représentations sociales du cancer, centrées sur des images anxiogènes liées à la mort, détermineraient la perception des malades. Décrits comme faisant des efforts, chaleureux, mais peu capables, ces personnes éveillent plutôt des émotions positives, susceptibles de s'atténuer en fonction du type de cancer et la responsabilité perçue. Ces croyances génèrent des menaces, notamment liée à la qualité des interactions, qui médient le lien entre stéréotypes et émotions. Ce travail ouvre des perspectives pour développer des interventions en faveur d'un environnement de travail inclusif.

**Mots clés :** Retour au travail, cancer, perception sociale, perception de menace, evidence-based practices

#### Abstract

In France, 40% of people diagnosed with cancer are employed, and one in ten reports having experienced discrimination at work. This thesis aimed to analyze the cognitive and affective mechanisms underlying employers' (un)supportive reactions toward cancer survivors. Based on complementary psychosocial models (i.e., social representations, social perception, attribution of responsibility, and threat perception), we conducted five studies involving employers, the general population, and cancer survivors. Overall, social representations of cancer, centered on anxiety-provoking images related to death, influence how cancer survivors are perceived. Described as making efforts, warm, but less capable, they tend to elicit predominantly positive emotions; however, these vary depending on the type of cancer and perceived responsibility. These beliefs generate threats, notably linked to the quality of interactions, which mediate the relationship between stereotypes and emotions. This work provides opportunities to develop evidence-based interventions to promote a more inclusive work environment.

**Keywords:** return to work, cancer, social perception, threat perception, evidence-based practices